ISSN 1415-2762

remE

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

VOLUME 15 . NÚMERO 3 . JUL/SET DE 2011

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Cristina de Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclê Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
Universit of Califórnia, San Fransico – USA

remE
Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Maria Imaculada de Fátima Freitas – Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

Lucyla Junqueira Carneiro
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:
BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Espanhol
LATINDEX – Fundación Index
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO/Bireme - OPAS/OMS
LATINDEX - Sistema Regional de Información en Linea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanã y Portugal

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração
Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Secretaria Geral
Mariene Luiza Lopes Pereira – Secretária

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 – Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Revista filiada à Associação Brasileira de Editores Cientíicos (ABEC)

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Errata

No artigo publicado na REME v. 12 n. 1, de 2008, entitulado "Auto-percepção de estresse em equipe de enfermagem de terapia intensiva", o nome de uma das autoras aparece grafado de forma incorreta: Isbelle Arruda Barbosa. O correto seria Isabelle Arruda Barbosa.

Sumário

311 **Editorial**

313 **Pesquisa**

313 **ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE INCONSCIENTE** / ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ENTRE ENFERMEROS Y EL PACIENTE INCONSCIENTE / COMMUNICATION STRATEGIES AND NURSES` INTERACTION WITH UN UNCONSCIOUS PATIENT

Isabela Mie Takeshita
Izilda Esmenia Muglia Araujo

324 **A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES E PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS** / MEN'S HEALTH: NURSING ACTIONS AND PERSPECTIVES / LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL HOMBRE: ACCIONES Y PERSPECTIVAS DE LOS ENFERMEROS

Elizangela Nunes de Santana
Emyliane Maria de Medeiros Lima
Jorge Luís Fernandes Bulhões
Estela Mª Leite Meirelles Monteiro
Jael Maria de Aquino

333 **FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POPULAÇÕES RURAIS** / FACTORS ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN RURAL POPULATIONS / FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN EN POBLACIONES RURALES

Fernanda Penido Matozinhos
Larissa Loures Mendes
Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Gustavo Velásquez-Meléndez

341 **CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** / HYPERTENSIVE PATIENTS'S PERCEPTION ON NURSE VISITING THROUGH THE FAMILY HEALTH PROGRAM / CONSULTA DE ENFERMERÍA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Anthonia Katilianna Maciel de Carvalho
Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Albertina Rocha Diógenes
Adelaide Amorim Cavalcante de Abreu
Ana Célia Caetano de Souza
Célida Juliana de Oliveira

348 **CONCEPÇÕES DE CUIDADO POR CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS** / FORMAL CAREGIVERS CARE CONCEPTS OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN A NURSING HOME / CONCEPCIONES DE CUIDADO DE CUIDADORES FORMALES DE PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS

Chrystiany Plácido de Brito Vieira
Emiliana Bezerra Gomes
Ana Virginia de Melo Fialho
Lúcia de Fátima da Silva
Maria Célia de Freitas

356 **SAÚDE DA MULHER: A ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NO PERÍODO DE 1984 A 2009** / WOMEN'S HEALTH NURSING AND NATIONAL PUBLIC PROGRAMS AND POLICIES BETWEEN 1984 AND 2009 / SALUD DE LA MUJER: LA ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES ENTRE 1984 Y 2009

Ludmilla Taborda Moreira Assis
Betânia Maria Fernandes

365 **ACESSO À MAMOGRAFIA: PERCEPÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELA POLÍTICA DA SAÚDE DA MULHER** / THE ACCESS TO MAMMOGRAPHY AND THE PERCEPTIONS OF WOMEN'S HEALTH POLICY MARKERS / ACCESO A LA MAMOGRAFÍA: PERCEPCIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA POLÍTICA DE SALUD DE LA MUJER

Queli Lisiane Castro Pereira

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

372 **APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO DE ALTA ÀS PUÉRPERAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE** / EVALUATION OF HOSPITAL DISCHARGE GUIDELINES AND ITS APPLICATION TO PUERPERAL WOMEN SHARING A ROOM IN A PUBLIC HOSPITAL IN BELO HORIZONTE / APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS DIRECTRICES DE ALTA DE MUJERES EN POSPARTO EN SALA COMÚN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE

Fernanda Penido Matozinhos

Juliana Peixoto Albuquerque

Laise Conceição Caetano

378 **EXAME PREVENTIVO DE PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE GOIÁS** / NURSING STUDENTS PERCEPTION ON PAPANICOLAOU TEST / PRUEBA DE PAPANICOLAOU: PERCEPCIÓN DE ALUMNAS DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO DEL INTERIOR DEL ESTADO DE GOIÁS

Camila Silva Araújo

Hiumara Amâncio da Luz

Gracy Tadeu Ferreira Ribeiro

386 **PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE HIV/AIDS** / FAMILY PLANNING OF WOMEN WITH HIV/AIDS / PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES PORTADORAS DE VIH/SIDA

Danielle Rosa Evangelista

Escolástica Rejane Ferreira Moura

394 **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM USO DE TAMOXIFENO /** WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER TAMOXIFEN USERS AND THEIR COPING STRATEGIES / ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA QUE TOMAN TAMOXIFENO

Franciele Marabotti Costa Leite

Maria Helena Costa Amorim

Denise Silveira de Castro

Esdras Guerreiro Vasconcellos

Cândida Caniçali Primo

399 **INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MINAS GERAIS** / SURGICAL SITE INFECTION IN PATIENTS SUBMITTED TO ORTHOPAEDIC SURGERY AT A PUBLIC HOSPITAL IN THE STATE OF MINAS GERAIS / INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRURGIA ORTOPÉDICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

Lúcia Maciel Castro Franco

Flávia Falci Ercole

406 **ERROS E AÇÕES PRATICADAS PELA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS** / MEDICAL ERRORS AND HOSPITAL ACTIONS CONCERNING DRUG PREPARATION AND ADMINISTRATION / ERRORES Y DE LAS ACCIONES PRACTICADAS POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Paulo Celso Prado Telles Filho

412 **FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA** / FIREARM INJURY: A PUBLIC HEALTH PROBLEM / HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Robson Cristiano Zandomenighi

Eleine Aparecida Penha Martins

Douglas Lima Mouro

421 **O VALOR ÚTIL NO ENSINO DA ENFERMAGEM** / NURSING EDUCATION AND SCHELER'S UTILITY VALUES CONCEPT / EL VALOR UTIL EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Gilberto de Lima Guimarães
Ligia de Oliveira Viana

427 **ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO DO SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA COMÉRCIO NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE** / OCCUPATIONAL ACCIDENT ANALYSIS IN THE COMMERCIAL SECTOR IN THE CITY OF BELO HORIZONTE / ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR COMERCIAL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA EN LA CIUDAD DE BELO HORIZONTE

Priscila Tegethoff Motta
Rafael Lima Rodrigues de Carvalho
Maria Emília Lúcio Duarte
Adelaide De Mattia Rocha

435 **Revisão teórica**

435 **A PESQUISA EM HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: REVISÃO DE PUBLICAÇÕES DE 2000-2008** / NURSING HISTORY RESEARCH: REVIEW OF PUBLICATIONS 2000-2008 / LA INVESTIGACIÓN EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: REVISIÓN DE PUBLICACIONES ENTRE 2000 Y 2008

Virgínia Mascarenhas Nascimento Teixeira
Yanna Mara Mol Cunha

443 **VULNERABILIDADE MATERNO-INFANTIL: FATORES DE (NÃO) ADESÃO À PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV** / MATERNAL AND CHILD VULNERABILITY: NONADHERENCE FACTORS TO HIV VERTICAL TRANSMISSION PROPHYLAXIS / VULNERABILIDAD MATERNO INFANTIL: FACTORES DE (NO) ADHESIÓN A LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Stela Maris de Mello Padoin
Cristiane Cardoso de Paula
Tatiane Pires Ribeiro
Rhaísa Martins Romanini
Aline Camaranno Ribeiro

453 **Artigo reflexivo**

453 **PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO: UMA REFLEXÃO** / A REFLEXION ON THE EMOTIONAL SUPPORT DURING CHILDBIRTH / REFLEXIÓN SOBRE LA PRESENCIA DEL ACOMPAÑANTE DURANTE EL PARTO

Jaqueline de Oliveira Santos
Camila Arruda Tambellini
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira

459 **Normas de publicação**

461 **Publication norms**

463 **Normas de publicación**

DESENVOLVENDO HABILIDADES E COMPETÊNCIAS PARA A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

Considerada como componente essencial para o cuidado de enfermagem, a comunicação tem também sido identificada como uma das competências ou habilidades difíceis de serem adequadamente aprendidas e desempenhadas.

Favorecer condições para que o outro possa expressar suas emoções, necessidades e opiniões, empregar técnicas e comportamentos adequados ao prestar informações de medidas e procedimentos ou auxiliar no enfrentamento de situações críticas são exemplos dessa complexa tarefa de interagir adequadamente no cenário da atenção à saúde.

Sabe-se que diferentes fatores interferem nessa relação diádica, quer aqueles inerentes aos interlocutores, como os repertórios linguístico e cultural, a relevância do tema, a influência do ambiente ou a situação que está sendo vivenciada, quer a própria finalidade da interação.

Destaque-se, nesse cenário, a habilidade do profissional na condução da tarefa de se comunicar. A maioria dos enfermeiros aprende que o uso de preleções, a mudança do foco de interesse do paciente sem seu esclarecimento adequado a cada situação, as restrições ao atendimento de demanda do cliente ou seu familiar reduzem a chance de se estabelecer uma relação construtiva e de respeito mútuo. Mas como evitar tais situações ou ter habilidade para enfrentá-las, quando necessário?

A literatura aponta inúmeros exemplos de comportamentos que devem ser evitados, como também aqueles que devem ser cultivados para o bom desenvolvimento dessa relação, com modelos já testados e válidos para diferentes tipos de clientes e em distintos cenários, incluindo as situações de doenças graves ou restritivas.[1,2]

Para a aquisição dessas habilidades comunicacionais, diversas estratégias de ensino são apontadas, dentre elas uma em ascensão – a simulação.[3] Entendida como uma representação próxima a realidade, essa estratégia pode incluir o uso de atores, de paciente ou aluno treinado para determinado papel, empregar análise de situações reais ou representadas em gravações em vídeo ou CD-ROM, utilizar manequins de diferentes graus de fidelidade/complexidade, para criar um cenário para o aluno atuar, dentre outras formas de simulação.

A inclusão nessa experiência educacional da expressão dos sentimentos, da identificação de limitações e da valorização das habilidades e comportamentos adequados dos alunos torna-se tão relevante para a aquisição de autoeficácia e confiança quanto a teorização sobre esse tema. A simulação não prescinde da atuação do cuidado direto, mas seu uso – por exemplo, o aprendizado com simuladores de alta fidelidade, para o desenvolvimento de tomadas de decisões clínicas ou de habilidades comunicacionais – possibilita maior confiança ao estudante e segurança ao sujeito de sua ação de cuidar, dado que os erros de comunicação são considerados o caminho inicial de eventos adversos.[4]

As instituições de ensino e seus educadores devem buscar estratégias para desenvolver tais habilidades, cada vez mais exigidas aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Stefanelli MC; Carvalho EC A comunicação nos diferentes contextos de Enfermagem. Barueri(SP): Manole, 2005.

2. Back A, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA a cancer journal of clinicians 2005 55(3): 164-177

3. Leigh GT . High-Fidelity Patient Simulation and Nursing Students' Self-Efficacy: A Review of the Literature. International Journal of Nursing Education Scholarship, Vol. 5 [2008], Iss. 1, Art. 37.

4. Krautscheid L C . Improving Communication among Healthcare Providers: Preparing Student Nurses for Practice. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2008;5:Article40. Epub 2008 Oct 21.

Emilia Campos de Carvalho

Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-SP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação (EERP-USP). E-mail: ecdcava@usp.br

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE INCONSCIENTE

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ENTRE ENFERMEROS Y EL PACIENTE INCONSCIENTE

COMMUNICATION STRATEGIES AND NURSES` INTERACTION WITH UN UNCONSCIOUS PATIENT

Isabela Mie Takeshita[1]
Izilda Esmenia Muglia Araujo[2]

RESUMO
A tecnologia beneficia o cuidado ao paciente, mas deve ser utilizada de forma a não substituir a presença humana, com seu toque, olhar ou palavra. Ao cuidar do paciente inconsciente, o enfermeiro percebe um desafio para uma comunicação eficiente. Os objetivos com esta pesquisa foram: avaliar as estratégias de interação e identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o paciente inconsciente e identificar itens de prescrições que favoreçam essa interação. Este é um estudo descritivo, realizado em hospital universitário, com enfermeiros submetidos a entrevista e transcrição das prescrições de enfermagem relacionadas à interação com pacientes inconscientes. Concluiu-se que os enfermeiros identificam a utilização de estratégias de interação, muitas sugeridas pela literatura, como chamar o paciente pelo nome, comunicar os procedimentos, evitar comentários próximos ao leito, reduzir ruídos, estimular os familiares a interagir, acalmar o paciente pela conversa e toque. As estratégias identificadas também aparecem na forma de prescrição de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Inconsciência; Comunicação; Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT
Technological developments are an improvement to patient´s care but it should not be a substitute to the human presence, its touch, look and talk. Taking care of an unconscious patient poses a challenge to an efficient communication. This research aimed to identify and evaluate nurses` interaction strategies when caring for an unconscious patient and to detect the aspects that favour that interaction. It is a descriptive study carried out in a university hospital where the nurses were interviewed. Nursing prescription forms related to the interaction with the patient were transcribed. We conclude that the nurses were able to identify the use of interaction strategies, many of them suggested by the literature, such as to call the patient by name, to inform the patient about the procedures being employed, to avoid comments next to the hospital bed, to reduce noises, to encourage family members to interact with the patient, to soothe the patient using the voice and touch. The strategies identified appear also in the nursing prescription form.
Key words: Nursing; Unconsciousness; Communication; Patient Plan of Care.

RESUMEN
La tecnología ha beneficiado el cuidado de los pacientes más no por ello debe sustituir la presencia humana en cuanto al toque, la mirada y las palabras. Cuando los enfermeros tratan pacientes inconscientes enfrentan retos para establecer una comunicación eficiente. Los objetivos del presente estudio han sido evaluar las estrategias de interacción identificadas por los enfermeros al cuidar pacientes inconscientes e identificar puntos en las prescripciones que favorezcan la interacción. Se trata de un estudio descriptivo realizado en un hospital universitario donde se llevaron a cabo entrevistas a enfermeros y se transcribieron las prescripciones de enfermería relacionadas a la interacción con pacientes inconscientes. La conclusión ha sido que los enfermeros identifican el uso de estrategias de interacción, muchas sugeridas en la literatura tales como llamar al paciente por su nombre, informarle de los procedimientos, evitar comentarios cerca de la cama, disminuir los ruidos, estimular a la familia a interactuar y tranquilizar al paciente con el diálogo y el tacto. Las estrategias identificadas también se han observado en las prescripciones de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Inconsciencia; Comunicación; Planificación de Atención al Paciente

[1] Enfermeira graduada pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
[2] Enfermeira Profª Drª do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Doutora em Ciências Médicas pela Unicamp. Endereço para correspondência – Rua Safira, 171 Prado – Belo Horizonte-MG. CEP. 30411-127. E-mail: isa_jx@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A humanização da atenção à saúde está em discussão há várias décadas e nos últimos anos destacou-se na literatura científica nacional. Cada vez mais, a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença é levada em consideração nas relações e na comunicação do profissional de saúde com os pacientes.[1]

O homem é capaz de atitudes humanas e "desumanas". Ele precisa ter senso crítico e capacidade de reflexão para associar tecnologia e humanização no seu cuidado. Ao controlar as bombas de infusão, monitores e respiradores, o profissional da saúde está utilizando a tecnologia em seu favor, sem deixar de lado a solidariedade e o compromisso de lidar diretamente com o paciente.[2]

Os ambientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são estressantes, ocasionam sobrecarga de trabalho e utilizam muitos recursos tecnológicos. Depoimentos de profissionais de enfermagem revelam que há prevalência de ações mecânicas e rotineiras para cumprir as tarefas impostas em detrimento do cuidado holístico.[3] A tecnologia beneficia o cuidado ao paciente, oferece maior segurança e economiza o tempo da equipe, mas deve ser utilizada de forma a não substituir a presença humana com seu toque, olhar ou palavra, visto que esses elementos são insubstituíveis.[4]

O cuidado oferecido em ambiente tecnológico hospitalar e as relações interpessoais que se estabelecem neste cotidiano revelam que, para uma efetiva comunicação entre paciente e profissional, são necessárias a escuta, a presença e a sensibilidade, as quais revelam as verdadeiras necessidades de cada indivíduo[5].

O homem se diferencia dos demais animais por utilizar as palavras (faladas ou escritas) para representar suas necessidades. Pela fala adquiriu o poder da comunicação verbal e melhor interação com os demais membros da sociedade, além do registro de sua história de vida, seja ela oral, seja escrita.[6] A comunicação implica interação entre dois ou mais elementos, troca de mensagens entre eles: um emite e o outro recebe e reage.[7]

Por outro lado, a comunicação não verbal engloba sinais produzidos pelo homem, muitas vezes com a finalidade de auxiliar a compreensão da própria fala. As expressões podem ser emitidas pelas mãos, pela cabeça, pela face e pela boca, tendo forte relação com a emoção e a sensibilidade. Pode não apresentar a clareza das palavras, mas possui muitos significados; como exemplo de expressão não verbal existe o rubor facial causado pelo nervosismo em uma entrevista.[6]

O paciente inconsciente ou em coma é um desafio para uma comunicação eficiente; seu estado neurológico cria dúvidas sobre seu grau de percepção auditiva e sensitiva e limita a comunicação do enfermeiro. Quando não se conhece a demanda do paciente, torna-se difícil a implementação de cuidados voltados para suas necessidades específicas.[8]

A inconsciência pode estar presente por diversas causas, dentre as quais neurológicas, toxicológicas, metabólicas e induzidas, por meio de agentes anestésicos.[9] Entre as induzidas estão as indicações para sedação, tais como alívio da ansiedade e do medo, controle de estados confusionais agudos, promoção do sono, diminuição do metabolismo, procedimentos invasivos e ventilação mecânica.[8,10]

Nos pacientes com grau de consciência reduzido, o comprometimento das funções cerebrais e dos sentidos pode existir, embora isso não implique a inexistência de percepção.[11]

Em pesquisa realizada em hospital escola da cidade de São Paulo, destacou-se que o paciente comatoso responde com alterações na saturação de oxigênio, frequência respiratória e expressão facial ao ouvir um familiar lendo uma mensagem ou ao ouvir uma música favorita.[12] Embora tais respostas não sejam satisfatórias para a neurociência,[11] é importante preocupar-se com o que é falado próximo ao paciente inconsciente, pois não é possível afirmar quanto esses pacientes são capazes de ouvir.[12]

Em outra pesquisa, revelou-se que, apesar do exposto acima, os profissionais se comunicam verbalmente com o paciente inconsciente, além de utilizar o toque e "brincadeiras" para descontrair o ambiente.[13] Como resposta aos estímulos sonoros, o paciente movimenta as extremidades do corpo e efetua a abertura ocular.[14] Vale ressaltar que alguns membros da equipe de enfermagem são mais sensíveis para interpretar as respostas do paciente, especialmente quando se trata da comunicação não verbal e de emoções.[15]

Além do cuidado físico, de importância irrefutável, do controle técnico dos monitores e do estabelecimento de uma relação interpessoal com o paciente, o enfermeiro pode atuar diretamente sobre o ambiente, orientando o paciente quanto ao tempo e ao espaço, favorecendo a sua recuperação pela redução de sons desagradáveis, selecionando de forma criteriosa algumas músicas e leituras, evitando comentários negativos próximos aos pacientes e favorecendo uma sensação de harmonia e bem estar.[9,11,16]

O processo de interação com o cliente caracteriza-se não apenas por uma relação de poder (submetido aos cuidados do enfermeiro), mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.[17] Os profissionais de enfermagem devem desenvolver diversas estratégias de relacionamento interpessoal para uma comunicação terapêutica mais eficiente.[18] Segundo a literatura, a comunicação com o paciente diferencia o profissional, pois reforça-lhe o interesse na promoção do cuidado de qualidade.[8]

Um plano terapêutico individual e coerente só pode ser desenvolvido após a percepção correta dos sentimentos e necessidades expressas verbal e não verbalmente pelos pacientes; para isso, os profissionais de saúde devem estar aptos a decodificar e a utilizar expressões não verbais,[19,20] estabelecendo uma comunicação terapêutica com seus clientes.[19]

Pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, art. 8º, inciso I, "f", é incumbência privativa do enfermeiro a prescrição

de enfermagem, que viabiliza a descrição do plano de cuidados diários do indivíduo que está sob sua responsabilidade. No caso do paciente inconsciente, a prescrição favorece a conscientização da equipe de enfermagem a estimular e interagir com esse paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio do registro é importante, pois proporciona a comunicação efetiva entre os membros da equipe e a avaliação da eficácia do cuidado prestado.[17]

Diante da legislação vigente que favorece o cuidado integral e individual ao paciente e da política de humanização do cuidado, que também o beneficia, verifica-se a necessidade de identificar como são oferecidos os cuidados de enfermagem, ou seja, a assistência prestada e as características de sua interação com o paciente inconsciente.

OBJETIVOS

– Avaliar as estratégias de interação identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o paciente inconsciente.

– Identificar itens nas prescrições de enfermagem que favoreçam a interação com o paciente inconsciente.

SUJEITOS E MÉTODOS

O estudo descritivo foi desenvolvido nas unidades de pacientes críticos de um hospital público, universitário, no município de Campinas-SP.

A pesquisa foi precedida pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Parecer nº 603/04. A participação na pesquisa foi voluntária, ocorrendo após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo especificado aos participantes o direito à recusa a qualquer momento.

De um total de 55 enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva, Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma, dos turnos manhã, tarde e noite, 47 constituíram a amostra da pesquisa. Essa redução ocorreu por causa das faltas, das férias e da alteração nas escalas nos dias de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2005.

Inicialmente houve uma busca por pacientes inconscientes nas três unidades citadas. Em seguida, foram identificadas as prescrições de enfermagem cujo conteúdo favorecesse a comunicação e a interação com o paciente inconsciente. Os dados foram transcritos para um instrumento previamente elaborado (APÊNDICE 1). Esse instrumento continha as escalas de coma de *Glasgow* e de sedação de *Ramsay* para identificar como os profissionais descreviam o grau de inconsciência dos pacientes.

Para a entrevista foi elaborado outro instrumento, (APÊNDICE 2), um questionário composto por perguntas abertas e fechadas com enfoque nos critérios considerados relevantes:

– motivos que levam à não estimulação do paciente inconsciente;[8]

– relatos sobre a adequação dos sons do ambiente para o paciente inconsciente;[11]

– sugestão da ocorrência de alterações fisiológicas no indivíduo inconsciente ao ouvir vozes e sons familiares;[11]

– importância do ambiente ao redor do paciente inconsciente;[9]

– incentivo para os familiares estimularem o paciente inconsciente[9];

– incumbência privativa do enfermeiro para a realização da prescrição de enfermagem.

Antes da entrevista, os enfermeiros foram esclarecidos sobre o que deveria ser considerado paciente inconsciente, ou seja, os indivíduos sob sedação ou inconscientes pela própria natureza da patologia.

Durante a entrevista, houve anotação fiel das respostas no próprio instrumento (APÊNDICE 2). Após o término, foi dispensada a leitura das respostas pelos próprios entrevistados, pois os profissionais queixavam-se de falta de tempo.

As respostas obtidas foram consideradas *corretas* quando todas as alternativas foram assinaladas, exceto na questão dois, alternativa número três; e *parcialmente corretas* quando uma ou mais alternativas não foram assinaladas. As respostas das alternativas abertas foram divididas em categorias, mas não foi atribuída avaliação para elas, exceto na questão 6, que se considerou *não respondida* e *correta*.

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do programa Microsoft EXCEL-97. Realizou-se análise descritiva (frequências absoluta e relativa) e comparativa dos dados sob orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa. Para a tabulação foi necessária a categorização das respostas nas questões abertas, bem como sua classificação quanto à natureza da interação (verbal ou não verbal) e do foco da interação (família ou paciente).

Nas análises comparativas utilizou-se o *Teste Exato de Fisher*, para verificar se existiam diferenças entre as respostas *corretas* e *parcialmente corretas* das questões entre os sujeitos que tinham ou não pós-graduação.[21]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transcrição das prescrições de enfermagem

As prescrições de enfermagem nos setores pesquisados eram realizadas a cada 24 horas. No mesmo período das entrevistas, foram coletadas 33 prescrições de enfermagem, sendo transcritas apenas as relacionadas com a comunicação e a interação com o paciente inconsciente. Por outro lado, 28 pacientes tiveram prescrições transcritas. A diferença ocorreu, pois alguns pacientes tiveram suas prescrições transcritas por mais de uma vez, em dias diferentes.

Dos que tiveram suas prescrições transcritas, 13/28 (46,4%) eram do sexo feminino e 15/28 (53,6%) do masculino. A idade dos pacientes do sexo feminino variou de 26 a 77 anos, com média de 55,1 (±16,2) e, do masculino, de 27 a 72 com média de 44,5 (±14,2) anos.

Quanto ao nível de consciência dos pacientes, verifica-se no QUADRO 1 as categorias que foram registradas nas prescrições transcritas.

QUADRO 1 – Categorias referentes ao nível de consciência dos pacientes cujas prescrições foram transcritas. Campinas – 2005

Nível de consciência	N	%
Inconsciente, sedado, abertura ocular aos comandos verbais	5	15,1
Inconsciente, sedado, não responde aos estímulos (dor, verbal)	6	18,2
Sedado respondendo a comandos verbais	5	15,1
Inconsciente, sedado – *Ramsay* 6	1	3,0
Inconsciente, sedado	8	24,2
Inconsciente, sedado com agitação	1	3,0
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos verbais	1	3,0
Inconsciente, sedado com reflexo de tosse	2	6,2
Inconsciente, *Glasgow* 3, pupilas fotorreagentes	1	3,0
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos dolorosos	2	6,2
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos (verbal, dor)	1	3,0
Total	**33**	**100**

Verifica-se que a inconsciência, na maioria dos casos, foi ocasionada pela sedação e que a maneira de realizar os registros não permite a avaliação da intensidade da sedação, assim como quando utilizada a escala de *Ramsay*. O que pode ser percebido nas anotações é um destaque para as palavras "Inconsciente" e "Sedado", que foram utilizadas de forma genérica, sem levar em consideração o uso de uma escala universal e a especificidade de cada paciente. Na avaliação da sedação, a escala de *Ramsay* é a mais utilizada na clínica, identificando os níveis de ansiedade e/ou agitação; tranquilidade, cooperação e orientação; responsividade ao comando verbal; resposta franca à estimulação auditiva intensa ou compressão da glabela; resposta débil à estimulação auditiva intensa ou compressão da glabela; e irresponsividade[22].

Das prescrições de enfermagem analisadas, 7/33 (21,2%) não continham nenhum item prescrito, enquanto 26/33 (78,8%) possuíam prescrições relacionadas à interação e à comunicação com o paciente inconsciente. Os conteúdos descritos nas prescrições foram divididos em cinco categorias: a) "Orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados" (22/26); b) "Realizar mudança de decúbito" (8/26); c) "Atentar para sinais de manifestação de dor" (2/26); d) "Massagem de conforto após o banho" (1/26); e) "Conforto emocional" (1/26).

Quanto à identificação dos enfermeiros que prescreveram os cuidados, 6/33 (18,2%) prescrições apresentavam caligrafia ininteligível, enquanto 27/33 (81,8%) apresentavam leitura possível, o que reforça o estudo que revelou que a identificação dos profissionais de enfermagem é muito ruim, dada a falta de carimbo e nomes ilegíveis.[23]

Entrevistas com enfermeiros

Foram abordados 47 enfermeiros, dos quais 7/47 (14,9%) eram do sexo masculino e 40/47 (85,1%) feminino. A idade variou entre 22 e 52 anos, com média de 35,8 (±7,6) anos. O tempo de formado dos entrevistados variou de um a 24 anos, com média de 9,9 (±6,0) anos.

O tempo de atuação na área (paciente crítico) variou de 1 a 20 anos, com média de 8,5 (±5,0) anos. Verificou-se é que, na maioria dos casos, o tempo de formado corresponde, aproximadamente, ao de atuação nessa área. Além disso, há enfermeiros que já atuavam na área, mas como técnicos de enfermagem.

Com relação à realização de especializações na área de paciente crítico, 30/47 (63,8%) não possuíam nenhuma, enquanto 17/47 (36,2%) possuíam pelo menos uma. Dos 17 enfermeiros com pós-graduação, 6/17 fizeram especialização na área (35,3%), 7/17 (41,2%) aprimoramento, 1/17 (5,9%) realizou aprimoramento e mestrado e 3/17 (17,6%) especialização e mestrado.

Na primeira questão da entrevista, sobre como os enfermeiros se comunicam com o paciente inconsciente, houve 27/47 (57,4%) respostas corretas. São entrevistados que apontam que chamam o paciente pelo nome; orientam o paciente em tempo, espaço e pessoa; comunicam sobre os procedimentos a serem realizados; evitam comentários sobre o prognóstico próximo ao leito; e tocam o paciente. Esses resultados apontam que a maioria dos enfermeiros utiliza as formas de interação sugeridas pela literatura[24] para reduzir a sensação de abandono do paciente e reforçar a presença dos cuidadores, além de revelar uma forma de tornar o cuidado mais humanizado.[25]

Por outro lado, 20/47 (42,5%) apresentaram respostas parcialmente corretas. Dentre as alternativas não assinaladas, a que visava à orientação do paciente em tempo, espaço e pessoa foi a menos mencionada, com 19/47 (40,4%). Logo surgiu o questionamento: Como o enfermeiro irá orientar o paciente em tempo, espaço e pessoa, se ele mesmo tem dúvida sobre o grau de percepção auditiva do paciente? Provavelmente, essa dúvida compõe um fator limitante na comunicação.[8]

Em análise comparativa, ao verificar se a existência de pós-graduação interfere nas respostas dos entrevistados, observou-se que os que possuem apenas graduação obtiveram 38,30% respostas corretas, enquanto os que possuíam algum tipo de pós-graduação obtiveram apenas 18,15% na questão 1 do APÊNDICE 2, sugerindo que essa diferença não foi significativa (Teste Exato de Fisher p=0,7615).

Além das alternativas apresentadas 25/47 (53,2%) não acrescentaram nenhuma outra intervenção, por outro lado, 22/47 (46,8%) citaram pelo menos um item de interação com o paciente inconsciente. Diante da variedade de respostas, estas foram categorizadas para o procedimento de análise, obtendo-se 14 itens, dos quais 5/14 (35,7%) eram comunicações verbais e 9/14 (64,3%) não verbais, como pode ser verificado na TAB. 1.

TABELA 1 – Categorização das respostas citadas na comunicação com o paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Interação	Verbal	Não verbal
1. Conversa com o paciente	8	–
2. Observa faces de dor	–	4
3. Realiza massagem	–	2
4. Favorece conforto e tranquilidade	–	3
5. Passa energia positiva para o paciente	–	1
6. Fala que ele vai melhorar	1	–
7. Realiza exame físico	–	2
8. Observa alteração de sinais vitais	–	1
9. Questiona o paciente sobre dor e compreensão	1	–
10. Preserva o pudor do paciente	–	1
11. Identifica-se para o paciente	1	–
12. Acredita que uma boa interação vai além do cuidado técnico	–	1
13. Orienta a família a conversar com o paciente	1	–
14. Realiza estimulação tátil	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Os itens "Conversa com o paciente" e "Observa faces de dor" apresentaram maior frequência. Ao mencionarem o item "Conversa com o paciente", os enfermeiros estão revelando preocupação em interagir com o paciente, vale destacar que as interações verbais (uso das palavras) e não verbais (postura, expressões faciais, gestos e contato corporal) são diferentes formas de fazer contato com o paciente.[17]

No segundo questionamento, que tratava do ambiente do paciente inconsciente, 16/47 (34,1%) sujeitos apresentaram resposta correta, ao concordar com os itens considerados adequados e 31/47 (65,9%) parcialmente correta, pois não assinalaram nenhum dos itens. O percentual das respostas corretas foi igual (17,02%) para os sujeitos que possuíam e não possuíam pós-graduação na análise comparativa (Teste Exato de Fisher p=0,2057).

Verificou-se que 41/47 (87,2%) enfermeiros buscam reduzir os sons desagradáveis do ambiente, enquanto 6/47 (12,8%), não. A oferta de sons familiares (músicas preferidas, sons domésticos, televisão e rádio) foi realizada por 17/47 (36,2%), enquanto 30/47 (63,8%) não o fazem. Uma das justificativas manifestadas pelos enfermeiros foi a falta de recursos materiais (aparelhos de som, televisão, etc.) na instituição para que pudesse ser implementado esse cuidado.

A alternativa que remetia à falta de tempo como responsável por não haver intervenções no ambiente do paciente inconsciente não foi assinalada por nenhum deles. Esses dados contradizem estudo com enfermeiros que lidam com muita tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva, que dizem que por isso falta tempo para se aproximar do paciente e, assim, validar as mensagens verbais e não verbais transmitidas pelo paciente.[26]

Dentre os enfermeiros que afirmaram oferecer sons familiares, a maioria justificou que isso só é possível diante da colaboração do familiar em prover o aparelho de som ou televisão. A música pode contribuir para a humanização do cuidado em terapia intensiva, tornando o ambiente menos tenso, mais agradável, o atendimento mais seguro[27] além de reduzir a dor e distrair o paciente.[28]

Sobre outras formas de adequar o ambiente, 25/47 (53,2%) fizeram propostas enquanto 22/47 (46,8%) não. Dos 25 enfermeiros que fizeram sugestões, foi necessário categorizar as respostas resultando em nove itens, dispostos segundo a categoria "Verbal" (3/9-33,3%) e "Não verbal" (6/9-66,7%) (TAB. 2).

TABELA 2 – Categorização das respostas sobre o ambiente do paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Interação	Verbal	Não verbal
1. Adapta a luminosidade	–	16
2. Proporciona ambiente calmo	–	5
3. Favorece objetos familiares para o paciente (fotos)	–	3
4. Mantém o ambiente limpo	–	1
5. Realiza leituras familiares	1	–
6. Permite maior permanência dos familiares	–	1
7. Favorece sons familiares	2	
8. Evita conversas alheias ao paciente próximo ao leito	1	–
9. Atenta para a temperatura adequada do ambiente	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Na categoria "Não verbal", destaca-se a adequação da luminosidade, que obteve 16/25 das respostas. Esse resultado contradiz um estudo realizado em UTI neonatal no qual os profissionais, mesmo conscientes dos efeitos nocivos dos ruídos e da iluminação inadequada, deixavam as luzes sempre acesas, para atender às próprias necessidades.[29] Será que essa diferença de atitude dos profissionais deve-se ao fato de um ser adulto e o outro neonato?

Outros enfermeiros sugeriram itens não relacionados ao ambiente, por isso estão destacados fora da TAB. 2. São eles: 1/25 (4%) relatou que "Faz oração" para o paciente inconsciente e outros 3/25 (12%) enfermeiros mencionaram que "Favorecem posição confortável no leito" ou "Realizam mudança de decúbito".

Sobre a estimulação dos visitantes para tocar e conversar com o paciente inconsciente, todos estimulam a família. As justificativas foram as mais diversificadas, havendo necessidade, também, de categorizá-las, obtendo-se 16 categorias, nas quais o enfoque de 14/16 (87,5%) era para o paciente e de 2/16 (12,5%) a família (TAB. 3).

TABELA 3 – Categorização das justificativas apresentadas para a estimulação dos visitantes no contato com o paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Categorias	n
1. O contato, o toque e a voz dos familiares são estimulantes e ajudam na recuperação	10
2. É uma boa orientação ao familiar: reduz o impacto da visita e aumenta a segurança do familiar	6
3. A resposta do paciente é melhor quando o familiar interage	6
4. A família é importante e querida para o paciente	5
5. Mantém o vínculo entre paciente e família, o paciente não perde suas referências	4
6. É importante apresentar a família para o paciente	3
7. O familiar pode transmitir energia positiva para o paciente	2
8. É importante para a família acreditar que o caso não é tão ruim	1
9. A família traz conforto psicoespiritual para o paciente	1
10. Existe dúvida sobre o grau de percepção do paciente	15
11. A audição é o último sentido a ser perdido	5
12. O paciente está com sua percepção preservada	4
13. Faz parte da humanização do cuidado	1
14. O contato humano faz bem	1
15. Aproxima o paciente do ambiente que o cerca	1
16. Mostra para o paciente que alguém está presente	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

As categorias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 incluem justificativas que envolvem a família do paciente. Esse resultado tem relação com outro estudo que destacou a maior elevação na frequência cardíaca do paciente em coma ao ouvir uma voz familiar, comparado a outros estímulos sonoros.[14]

Os itens 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 se referem a justificativas diversas para a estimulação. Quinze entrevistados referiram que a dúvida sobre o grau de percepção do paciente é o que os estimula a motivar os visitantes. Outros dez entrevistados acreditam que o contato, o toque e a voz dos familiares são estimulantes e ajudam na recuperação. Esse resultado é favorável, pois os familiares têm papel fundamental no processo de internação e são considerados importantes na recuperação do paciente.[30]

Diante do questionamento sobre o paciente sedado que se agita, houve 13/47 (27,7%) respostas parcialmente corretas e 34/47 (72,3%) corretas. Verificou-se que 33/47 (70,2%) enfermeiros identificam que solicitam aumento da sedação ao responsável médico, além de verificar alterações concomitantes dos parâmetros vitais. A literatura revela que a sedação previne a retirada acidental do tubo orotraqueal, de cateteres e sondas, e a não cooperação em atividades terapêuticas, que podem complicar o quadro clínico e prolongar a permanência do paciente na UTI.[27] Os demais 14/47 (29,8%) assinalaram pelo menos uma das alternativas mencionadas. Ressalte-se que 43/47 (91,5%) tentavam acalmar o paciente agitado por meio da conversa e do toque, como proposto em uma das alternativas. Apenas 4/47 (8,5%) não optaram por esse item.

Ao comparar o percentual das respostas corretas, os sujeitos com graduação obtiveram 48,94% de acertos na questão 4, e os que possuíam pós-graduação obtiveram 23,40%s, não havendo diferença significativa entre as respostas (Teste Exato de Fisher p=0,5005).

Ao serem abordados sobre outras formas de lidar com a situação de agitação, 29/47 (61,7%) enfermeiros sugeriram outras intervenções, enquanto 18/47 (38,3%), não. As respostas diferenciadas foram categorizadas, havendo predomínio das interações não verbais (90%-9/10) sobre as verbais (10%-1/10) (TAB. 4).

Dentre as não verbais, as mais citadas foram: "avaliar a causa da agitação" e "restringir paciente no leito". Esta última previne a retirada acidental de cateteres e drenos, sendo uma opção agressiva, especialmente se o paciente apresentar algum nível de percepção.

Estudo revela que ao eliminar fatores que alteram o estado psicomotor do paciente, como dor ou desconforto, evitam-se exames laboratoriais e reduzem custos hospitalares.[31]

Ao serem questionados sobre as manifestações do paciente inconsciente, na questão 5, 15/47 (31,9%) assinalaram as respostas consideradas corretas e 32/47 (68,1%) parcialmente corretas. Os sujeitos com graduação obtiveram 23,40% de corretas, enquanto os com pós-graduação 8,51%, diferença que não foi significativa (Teste Exato de Fisher p=0,5171).

TABELA 4 – Categorização das intervenções citadas quando o paciente sedado se agita. Campinas-SP – 2005

Intervenção	Verbal	Não verbal
1. Oferece conforto ao paciente	–	1
2. Restringe o paciente no leito	–	8
3. Avalia a causa da agitação	–	15
4. Observa fatores associados, como febre e dor	–	1
5. Orienta o paciente sobre o que está ocorrendo	1	–
6. Compara com a escala de sedação de *Ramsay*	–	1
7. Não restringe o paciente ao leito	–	1
8. Observa se houve alteração dos parâmetros hemodinâmicos	–	1
9. Solicita a troca/mudança do fármaco	–	1
10. Observa se houve aumento da frequência respiratória	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Foi destacado por 37/47 (78,7%) enfermeiros que a agitação do paciente, muitas vezes, está associada à audição de uma voz familiar, por outro lado, 10/47 (22,3%) negaram qualquer relação entre dois eventos. Sobre a associação da alteração da frequência cardíaca a algum estímulo (como voz familiar ou dor), a maioria 45/47 (97,5%) acredita haver uma relação direta entre elas e apenas 2/47 (4,3%) não fizeram essa relação. Dos participantes, 29/47 (61,5%) relataram associação entre a alteração da pressão arterial e os estímulos como voz familiar ou dor, enquanto os demais 18/47 (38,5%), não.

Procedimentos invasivos podem ser agentes estressores, produzindo respostas individuais (fisiológicas e bioquímicas), assim como os sons familiares. No caso das respostas psicofisiológicas, está a ativação hipotalâmica-pituitária-adrenal e do sistema nervoso simpático, que eleva a frequência cardíaca e a pressão arterial.[31]

Quanto a outras formas de observação da manifestação do paciente inconsciente, 23 enfermeiros (48,9%) não as sugeriram. Por outro lado, 24/47 (51,1%) mencionaram 11 categorias. O item "aumento da frequência respiratória" foi apontado por 9/24 (37,5%); "choro/lágrimas" 8/24 (33,3%); "agitação psicomotora" 5/24 (20,8%); "alteração de temperatura" 4/24 (16,6%); "tranquilidade" 3/24 (12,5%); "expressões faciais de emoção e/ou dor" 2/24 (8,3%); "sinais de briga com o respirador"; "elevação da pressão intracraniana"; "tosse"; "desconforto respiratório" e "sudorese" 1/24 (4,2%) cada.

No último questionamento, questão 6, sobre o conteúdo das prescrições relacionadas à interação do enfermeiro com o paciente inconsciente, 3/47 (6,4%) entrevistados não sugeriram nenhuma prescrição, os demais 44/47 (93,6%) responderam corretamente. O percentual de respostas corretas entre os sujeitos que tinham graduação (57,45%) com os de pós-graduação (36,17%) apresentou diferença estatística não significativa (Teste Exato de Fisher p=0,2923).

A sugestão de prescrição foi feita por 38/41 (92,7%), enquanto 3/41 (7,3%) não sugeriram. Houve, ainda, duas categorias de justificativas para a não inserção de itens na prescrição: 4/47 (8,5%) mencionaram que não prescrevem, pois esperam que esses cuidados sejam implementados, dadas as características da profissão e 2/47 (4,2%) por falta de tempo. As respostas obtidas foram categorizadas em nove itens de prescrição. A TAB. 5 apresenta as sugestões, sendo cinco itens de enfoque verbal e quatro não verbais.

TABELAS 5: Itens de prescrição de enfermagem divididos por categorias. Campinas-SP – 2005

Itens de prescrição	Verbal	Não verbal
1. Orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados	33	–
2. Realizar massagem de conforto ou toque terapêutico	–	9
3. Favorecer um ambiente tranquilo	–	6
4. Atentar para respostas a estímulos verbais ou dolorosos	–	5
5. Oferecer apoio e orientações à família	2	–
6. Orientar o paciente em tempo, espaço e pessoa	2	–
7. Realizar mudança de decúbito	–	2
8. Favorecer visitas e identificá-las ao paciente	2	–
9. Oferecer apoio emocional-espiritual por meio da interação	6	–

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

A maioria dos enfermeiros citou "orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados"; a massagem de conforto ou o toque terapêutico apresentou a segunda maior citação.

O toque é expressivo, oferece ao paciente uma assistência que favorece a comunicação, a integração humana e pode ser utilizado como tratamento. Alguns enfermeiros[32] demonstraram que a ênfase no dia a dia era para o toque espontâneo, para ajudar e interagir com o paciente. Esses profissionais atendem às necessidades biológicas e psicoespirituais dos pacientes, e neste último item é a estimulação sensorial que auxilia o paciente a superar a privação sensorial profunda.[9]

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que os enfermeiros revelaram algumas formas de interação utilizadas no seu cotidiano que estão de acordo com a literatura preconizada: chamar o paciente pelo nome; comunicar os procedimentos que vão ser realizados; evitar comentários sobre o prognóstico próximo ao leito e orientar o paciente no tempo, espaço e pessoa.

Sobre o ambiente ao redor do paciente inconsciente, os enfermeiros relataram que se preocupam em reduzir ruídos e sons desagradáveis, colaborando com um ambiente mais tranquilo.

Todos os entrevistados relataram que favorecem a interação de familiares com o paciente inconsciente, fato relevante, uma vez que o familiar possui vínculo importante com o doente e pode estimulá-lo na sua recuperação.

Em situações em que o paciente sedado se agita, inesperadamente, a maioria dos entrevistados relatou que procura acalmá-lo por meio do toque e da conversa; por outro lado muitos ainda solicitam o aumento da sedação e verificam alterações nos parâmetros vitais.

A conduta identificada pela maioria dos enfermeiros revela o predomínio de um cuidado humanizado e menos tecnicista.

Diante da manifestação do paciente, muitos acreditam que há associação entre a alteração da frequência cardíaca e estímulos, como voz familiar ou dor. Confirmaram, também, a relação entre a agitação motora diante de uma voz familiar. Grande parte dos entrevistados sugeriu itens de prescrição de enfermagem que promovam a comunicação e a interação com o paciente inconsciente.

Das prescrições de enfermagem analisadas, a maioria possuía itens relacionados à interação com o paciente inconsciente. Do conteúdo descrito nessas prescrições ressaltam-se os seguintes: "orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados"; "realizar mudança de decúbito"; "atentar para sinais de manifestação de dor"; "realizar massagem de conforto após o banho" e "oferecer conforto emocional".

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, nas respostas corretas do questionário, entre os sujeitos que possuíam algum tipo de pós-graduação em relação aos que não possuíam.

REFERÊNCIAS

1. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1). [Citado 2010 jul. 21] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>.

2. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1): 141-4.

3. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latinoam Enferm. 2002 mar/abr; 10(2):137-44.

4. Lucena AF, Crossetti MGO. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2004 ago; 25(2):243-56.

5. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300005&lng=en&nrm=iso>.

6. Alcure L, Ferraz MNS, Carneiro R. Comunicação verbal e não verbal. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP; 1996. 80p.

7. Aguiar VT. O verbal e o não verbal. São Paulo: UNESP; 2004. 112p.

8. Zinn GB, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Rev Latinoam Enferm. 2003 mai/jun; 11(3):326-32.

9. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com disfunção neurológica. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1562-601.

10. Rodrigues Júnior GR, Amaral JLG. Experiência clínica com uso de sedativos em terapia intensiva. Estudo retrospectivo. Rev Bras Anestesiologia. 2002 nov/dez; 52(6):745-55.

11. Silva MJP, Dobbro ERL. Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. O mundo da saúde. 2000 jul/ago; 24(4):249-54.

12. Puggina ACG, Silva MJP. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. Rev Bras Enferm. 2009 Jun; 62(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016&lng=en&nrm=iso>.

13. Silva AL, Schlicknann GC, Faria JG. O coma e seu impacto no processo de ser e viver: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2002 jul; 23(2):81-107.

14. Puggina ACG, Silva MJP da, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm. 2005 Set; 18(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300013&lng=en&nrm=iso>.

15. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Ver Bras Enferm. 2006 Jun; 59(3): 327-30. [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300014&lng=en>.

16. Silva MJP. A importância da comunicação nos processos de qualidade. Nursing. 1998 jun; (1):20-6.

17. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Rev Eletrônica Enferm. 2002; 6(2):292-97. [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf>.

18. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008 Jun; 61(3): 312-318. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en>.

19. Silva JA, Silva MJP. Expressões faciais e emoções humanas: levantamento bibliográfico. Rev Bras Enferm. 1995 abr/jun; 48(2):180-7.

20. Ordahi LFB, Padilha MICS, Souza LNA. Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. Rev Latinoam Enferm. 2007 Out; 15(5): 965-72. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500013&lng=en>.

21. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 710p.

22. Amaral JLG, coordenador. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em Terapia Intensiva (AMIB). São Paulo: AMIB; 1999.

23. Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3). [Cited 2010 Jul 29]. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso>.

24. Hayashi AAM, Gisi ML. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. Texto Contexto Enferm. 2000 mai/ago; 9(2):824-37.

25. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4): 423-9. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en>.

26. Oliveira PS, Nóbrega MML, Silva AT, Ferreira Filha MO. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Eletrônica Enferm. 2005; 7(1): 54-63. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://200.137.221.132/index.php/fen/article/view/861/1035>.

27. Camargos AT, Dias LO. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100029&lng=en&nrm=van>.

28. Todres ID. Music is medicine for the heart. J Pediatr (Rio J). 2006; 82:166-8.

29. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. Ciênc Saúde Coletiva. 2005 jul/set; 10(3):669-75.

30. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família. Nursing. 1999 out; 17:26-9.

31. Bensenor FEM, Cicarelli DD. Sedação e analgesia em terapia intensiva. Rev Bras Anestesiologia. 2003 set/out; 53(5):680-93.

32. Dell'acqua MCQ, Araujo VA, Silva MJP. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? Rev Latinoam Enferm. 1998 abr; 6(2):7-22.

Data de submissão: 17/6/2009
Data de aprovação: 28/4/2011

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: TRANSCRIÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE INCONSCIENTE

Iniciais do paciente: _____ Data: ___/___/___

Grau de inconsciência segundo escala de: Ramsey – _____ *Glasgow* – _____

Enfermeiro(a) responsável (nome fictício): _____

Prescrições: _____

_____

_____

_____

_____

Iniciais do paciente: _____ Data: ___/___/___

Grau de inconsciência segundo escala de: Ramsey – _____ *Glasgow* – _____

Enfermeiro(a) responsável (nome fictício): _____

Prescrições: _____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A ENTREVISTA

Este instrumento permite que o entrevistado escolha uma ou mais alternativas para caracterizar sua resposta.

1. Como você se comunica com o paciente inconsciente? Faz uso de alguma das alternativas abaixo?

( ) Chama o paciente pelo nome.

( ) Orienta o paciente em tempo, espaço e pessoa.

( ) Comunica ao paciente sobre os procedimentos a serem realizados.

( ) Evita comentários sobre o prognóstico do paciente próximo ao leito.

( ) Toca o paciente.

( ) Outros. _____

2. Em relação ao ambiente do paciente inconsciente, você:

( ) Tenta reduzir os sons desagradáveis do ambiente.

( ) Propicia sons familiares (exemplos: gravações dos ambientes de trabalho e doméstico, músicas preferidas, programas de televisão ou rádio de preferência do paciente).

( ) Acaba não realizando qualquer modificação no ambiente dada a falta de tempo.

( ) Outros. _____

3. Você estimula os visitantes (familiares ou amigos) a conversar e tocar o paciente inconsciente?

( ) Sim. ( ) Não. Por quê?_____

4. Quando um paciente sedado agita, você:

( ) Solicita ao responsável médico o aumento do gotejamento do sedativo.

( ) Verifica se houve alterações nos parâmetros vitais.

( ) Conversa e toca o paciente para tentar acalmá-lo.

( ) Outros. _____

5. O que você observa de respostas do paciente inconsciente para constatar que ele está apresentando alguma manifestação?

( ) Agitação ao ouvir a voz de uma pessoa familiar.

( ) Alteração de frequência cardíaca a algum estímulo (voz familiar, dor, etc.).

( ) Alteração de pressão arterial a algum estímulo (voz familiar, dor, etc.).

( ) Outros._____

6. Em suas prescrições, você inclui algum cuidado relacionado à promoção da interação e da comunicação com o paciente inconsciente? Quais? _____
_____
_____
_____
_____
_____

A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES E PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS

MEN'S HEALTH: NURSING ACTIONS AND PERSPECTIVES

LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL HOMBRE: ACCIONES Y PERSPECTIVAS DE LOS ENFERMEROS

Elizangela Nunes de Santana [1]
Emyliane Maria de Medeiros Lima[2]
Jorge Luís Fernandes Bulhões [2]
Estela Mª Leite Meirelles Monteiro[3]
Jael Maria de Aquino[4]

RESUMO

A reduzida presença dos usuários do sexo masculino nos serviços de atenção básica à saúde e os indicadores epidemiológicos alarmantes tornam evidente a necessidade de atenção adequada à saúde dos homens, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui um caminho possível para se avançar nesse cenário. Neste estudo, analisam-se a percepção, as ações e as perspectivas dos enfermeiros(as) que atuam na ESF quanto à atenção à saúde do homem, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dessa população. Trata-se de um estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 17 enfermeiras e analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática, que possibilitou a identificação de quatro categorias: 1. Atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família; 2. Percepção dos enfermeiros quanto à população masculina da área adscrita; 3. Formação dos enfermeiros na atenção à população masculina; 4. Perspectiva de mudança no modelo de atenção à saúde do homem. Os resultados revelaram a necessidade de uma intervenção mais ampliada sobre a atenção à saúde do homem na rede básica de saúde, na qual a prática da educação em saúde aparece como um caminho integrador do cuidar, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS**.**

Palavras-chave: Masculino; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Men do not seek medical help from the primary healthcare services frequently and the alarming epidemiological indicators demonstrate the need of proper attention to men's health. In this scenario, the Family Health Program constitutes a possible way forward. This study aims to analyse the actions and perspectives of family health nurses regarding men's healthcare. The family health program intends to promote, to protect and to improve the health of this population segment. This is a qualitative study whose data was collected through semi-structured interviews with seventeen nurses. The interviews were analysed using thematic content analysis that led to the identification of four categories: 1. Activities developed in the Family Health Unit; 2. Nurse's perception regarding the male population of the ascribed area; 3. Nurses' training on men's healthcare; 4. Expectation of changes in the men's healthcare model. The results revealed the need of a broader intervention on men's health by the primary healthcare system in which healthcare education could be the way of ensuring an integrated care so as to guarantee the Brazilian Public Health System principles of equity and universality.

Key words: Male; Primary Health Care; Health Promotion; Health Education; Nursing.

RESUMEN

La escasa presencia de usuarios varones en los servicios de atención básica a la salud y los indicadores epidemiológicos alarmantes muestran la necesidad de atención adecuada de la salud de los hombres. La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) constituye un camino factible para avanzar en tal escenario. Este estudio propone analizar la percepción, acciones y perspectivas de los enfermeros(as) que actúan en la ESF buscando la promoción, protección y recuperación de la salud de esta población. Se trata de un estudio cualitativo cuyos datos fueron recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas a diecisiete enfermeras y analizados por la Técnica de Análisis de Contenido, en la Modalidad Temática. Se identificaron cuatro categorías: 1. Actividades desarrolladas en la Unidad de Salud de la Familia; 2. Percepción de los enfermeros sobre la población masculina del área adscrita; 3. Formación de los enfermeros en la atención de la población masculina; 4. Perspectiva de cambio en el modelo de atención de la salud del hombre. Los resultados revelaron la necesidad de una intervención más amplia en la red básica de salud, en la cual la práctica de la educación en salud aparece como un camino integrador del cuidar con miras a asegurar los principios de equidad y universalidad del SUS**.**

Palabras clave: Masculino; Atención Primaria de la Salud; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Enfermería.

[1] Enfermeira. Aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Fiocruz, Recife-PE.
[2] Enfermeira(o). Egressos do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE).
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem comunitária pela UFC. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhoras das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE) e do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem na Promoção à Saúde de Populações Vulneráveis.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhoras das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE).
Endereço para correspondência – Rua Arnobio Marques, nº 310 – Santa Amaro – Recife- PE. CEP: 50100-130.

INTRODUÇÃO

Nascido com a redemocratização do Brasil e garantido por políticas sociais e econômicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) comemorou 20 anos de existência em 2008. As teses defendidas na *VIII Conferência Nacional de Saúde* e consagradas na Constituição Federal de 1988 privilegiaram a formulação de uma política de saúde com base nas transformações do perfil demográfico e epidemiológico da população.[1] Nesse contexto, a saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, ao ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais encontraram-se mobilizados para estabelecer mecanismos capazes de assegurar a concretização do SUS.[2] Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio reorientar o modelo de Atenção Básica, apresentando como núcleo de atenção as famílias, entendidas e abordadas no meio onde vivem.[3]

Apesar de todos os avanços conquistados ao longo de duas décadas de descentralização do setor saúde, o SUS encontra-se, ainda, em fase de organização, no qual desafios precisam ser superados para que funcione eficientemente, conforme os princípios e diretrizes estabelecidos. Um desses desafios é a reduzida presença dos usuários do sexo masculino nos serviços de atenção básica à saúde, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o aumento da sobrecarga financeira da sociedade, com o diagnóstico mais tardio de problemas de saúde com elevada incidência neste grupo populacional.

Os efeitos do movimento de incluir o homem no debate sobre saúde não se restringem à saúde masculina. Por consequência, consegue ganhos para a saúde feminina em temas que só avançam à medida que se consegue a participação masculina em seu enfretamento.[4]

Com base na observação dos indicadores de saúde existentes em diferentes partes do mundo, observa-se uma situação de saúde desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde.[5]

Em relação à reduzida presença dos usuários do sexo masculino nos serviços de atenção básica, muitas são as suposições. Um dos motivos para os homens não procurarem as Unidades de Saúde da Família (USFs) seria porque elas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.[6] A ausência dos homens ou sua invisibilidade nesses serviços é associada, também, a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde.[5]

Traduzindo um longo anseio da sociedade brasileira, o Ministério da Saúde apresentou, em agosto de 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na tentativa de alavancar uma mobilização inclusiva em saúde, considerando as questões de gênero. Essa política tem como um de seus principais objetivos promover ações em saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.[7]

Apesar da recente criação de uma política especificamente preocupada com o primeiro nível de acesso e de contato da população masculina com o sistema de saúde do nosso país, as ações dos profissionais de saúde a esse grupo na Atenção Básica continuam pulverizadas nas políticas de enfermidades.

Nesse contexto, destacamos o trabalho dos enfermeiros nas USFs à população masculina de sua área adscrita. Esses profissionais, como membros nas ESFs, devem ser capazes de perceber a multicausalidade do processo saúde/doença, com a finalidade de planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas com os homens, enfatizando as ações de promoção à saúde, mediante a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.[8]

Enfim, apesar de os agravos do sexo masculino constituírem verdadeiros problemas de saúde pública, a realidade é que ainda são escassos os estudos e pesquisas de caráter avaliativo abordando a temática relacionada à atenção integral à saúde do homem nas USFs, em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. Diante dessa percepção, parece útil, para o avanço da reflexão no campo da saúde coletiva, trazer novos dados e informações voltadas para esse tema.

A proposta com este estudo é oferecer subsídios à organização dos serviços desenvolvidos no âmbito da ESF e ao planejamento de ações de promoção à saúde que contemplem a população masculina. Nesse sentido, fundamentamos o desenvolvimento deste estudo nas seguintes questões norteadoras: Os enfermeiros estão sensibilizados e preparados para assistirem à população masculina nas USFs? Quais as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros das USFs para desenvolverem ações de promoção de saúde junto aos usuários do sexo masculino?

METODOLOGIA

O desenho metodológico adotado neste estudo teve caráter predominantemente descritivo e exploratório, utilizando-se a abordagem qualitativa. Entende-se que, para apreender a atuação e as perspectivas dos enfermeiros que atuam nas USFs quanto à atenção à saúde do homem, é necessária tal abordagem, compreendendo a pesquisa qualitativa como aquela

capaz de incorporar a questão do significado e a da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construção humana significativa.[9]

A unidade de campo foi constituída por seis USFs pertencentes ao Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE. A cidade possui 94 bairros, distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas, que representam, no setor saúde, os Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário III, localizado na região noroeste da cidade do Recife, foi selecionado por se constituir, em sua integralidade, como campo de prática da Universidade de Pernambuco, e pela sua representatividade, visto que é o segundo em população residente e o primeiro em extensão territorial.[10]

As USFs selecionadas foram: USF Alto do Eucalipto, USF Bruno Maia, USF Córrego da Bica, USF Córrego do Jenipapo, USF Macaxeira/Burity e USF Vila Boa Vista. Essas Unidades contêm, no mínimo, duas ESFs, permitindo-nos identificar as abordagens dos profissionais enfermeiros quanto à saúde dos homens.

A coleta de dados foi realizada em setembro e outubro de 2009, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, com o CAAE nº 0160.0.097.000-09. Foram utilizadas a técnica de entrevista semiestruturada e uma técnica lúdica, na qual foi solicitado que as enfermeiras se expressassem, por meio de um desenho em papel A4, como percebiam os homens da comunidade em que atuam. Em seguida, elas registraram o significado do desenho elaborado. O propósito com a associação das técnicas foi subsidiar uma apreensão mais aprofundada do objeto de estudo.[9]

Em relação aos critérios de inclusão dos sujeitos no estudo, foi estabelecido ser enfermeiro(a) de uma das seis USFs selecionadas para o desenvolvimento do estudo e consentir em participar da pesquisa mediantea assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em cumprimento da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. [11]

Foi excluída da pesquisa apenas uma enfermeira, que se encontrava em licença-maternidade por ocasião da coleta de dados.

Com base nesses critérios, a amostra constituiu-se de 17 enfermeiras. As entrevistas ocorreram individualmente, no horário de trabalho, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra com a autorização dos sujeitos participantes do estudo. Os nomes deles foram substituídos por uma apresentação aleatória, para assegurar o sigilo da identidade dos sujeitos envolvidos.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.[12] Com essa técnica, pode-se caminhar, também, na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.[13]

A trajetória da análise das entrevistas seguiu as seguintes etapas: a) compreensão geral dos depoimentos; b) identificação das ideias centrais (núcleos de sentido) dos materiais analisados por questão; c) confronto entre os diferentes núcleos de sentido presentes no *corpus* de análise para se buscar temáticas mais amplas ou eixos estruturantes das falas; d) discussão dos resultados com base em temáticas.[14]

Após a leitura sugestiva das entrevistas e a localização de trechos que respondiam às questões norteadoras, observamos os núcleos de sentido das falas, obtendo as seguintes categorias temáticas: Atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família; Percepção dos enfermeiros quanto à população masculina da área adscrita; Formação dos enfermeiros na atenção à população masculina; Perspectiva de mudança no modelo de atenção à saúde do homem.

Descrevemos, a seguir, a apresentação e a discussão dos dados em duas etapas, sendo que a primeira delas contempla as informações referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda, a análise temática dos depoimentos desses sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Todos os participantes do estudo pertencem ao sexo feminino. O total predomínio das mulheres nas USFs se encontra veiculado a raízes históricas da enfermagem. Nesse caso, os homens sentiriam mais dificuldades para ser atendidos, por considerarem as USFs como um espaço feminilizado. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.[5]

A faixa etária das enfermeiras pesquisadas variou de 22 a 55 anos, sendo identificado o predomínio entre 30 e 49 anos de idade, faixa etária considerada experiente e produtiva. Em relação ao tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem, verificou-se uma concentração de enfermeiras com mais de dez anos de formadas. Esse fato é bastante importante se acreditarmos que esses profissionais graduados há mais tempo tenham tido contato com currículos menos generalistas e com menor ênfase na promoção, prevenção e nas ações básicas de saúde. O mercado de trabalho atual exige um profissional com visão mais abrangente e pronto para enfrentar os desafios da sociedade em constante transformação.[15]

Em relação à atuação profissional em USF, observou-se que 9 das 17 enfermeiras eram integrantes das equipes há menos de cinco anos. Saliente-se a relevância dos profissionais que estão na equipe há mais de cinco anos, pois proporcionam facilidades de contatos efetivos com a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades.[16]

Do total das enfermeiras, apenas três têm experiência exclusiva em USF, evidenciando entre elas uma identificação com a atuação na Atenção Básica desde a formação curricular. As demais apresentaram uma variedade de experiências em outros níveis de atenção à saúde, com predomínio da atenção terciária em diversas especialidades, como emergência adulta e pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), clínica cirúrgica, clínica médica, maternidade, neonatologia, além da ocupação em cargos administrativos.

As experiências em níveis que não sejam a Atenção Básica podem constituir um elemento propulsor ao desempenho profissional do enfermeiro, com competência para articular seus conhecimentos na atenção à saúde das famílias da sua área adscrita, na perspectiva da integralidade da atenção. Em contrapartida, essas experiências podem exercer uma ação limitante ao definir uma atuação profissional com visão hospitalocêntrica. Essa visão moldada ao modelo biomédico, com enfoque na atenção à doença e em ações puramente curativas, compreende a essência da fragmentação da atenção à saúde.

Entre as participantes do estudo, evidenciou-se que nenhuma possui capacitação/especialização voltada para atenção à saúde dos homens. Não se deve considerar toda a competência de um profissional no fato de ter realizado curso de especialização/ capacitação, porém essa formação vem se mostrando importante, como uma oportunidade de educação permanente, contribuindo de forma positiva para a prática profissional.[16]

Categoria I – Atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família

Ao questionarmos sobre as atividades desenvolvidas pelas profissionais enfermeiras nas USFs, foram relatadas ações preestabelecidas pela ESF, como saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso. São exemplos a puericultura, a coleta de citologia oncótica e tratamento das afecções ginecológicas por meio da abordagem sindrômica, pré-natal de baixo risco, imunizações, planejamento familiar, tratamento de hanseníase e tuberculose, reuniões administrativas, dentre outras.

Um fato interessante é a falta ou pouca iniciativa em desenvolver atividades que perpassem as normas pragmáticas do projeto inicial do Programa de Saúde da Família (PSF), visando, assim, à adaptação dos usuários às novas necessidades da atualidade. Entretanto, vale ressaltar a atuação educativa de uma enfermeira que criou um grupo com perspectiva inovadora, composto por usuários com sobrepeso e obesidade para trabalhar as comorbidades associadas e a reeducação alimentar.

Percebemos que após mais de uma década de implantação do PSF, grande parcela das enfermeiras ainda direciona a sua prática em prol da patologia, conforme demonstra a fala abaixo:

> *Nós realizamos o tratamento ao hipertenso e ao diabético, que é o Hiperdia.* (E11)

Observa-se a forte influência do modelo de saúde (curativo), que se distancia dos problemas específicos dos grupos inseridos na comunidade, dificultando, assim, a efetivação dos princípios da ESF.

Outra atividade bastante citada pelas enfermeiras foi o acolhimento, porém foram evidenciadas visões diferentes a respeito dessa proposta:

> *Temos uma atividade aqui na unidade que é o acolhimento, ou seja, demanda espontânea. [...] O meu papel é apenas agendar consultas porque o acolhimento é mais para remarcação de consulta médica.* (E15)

> *A demanda dos homens aumentou bastante por conta do acolhimento que fazemos no posto, obedecendo à nova proposta do Ministério da Saúde.* (E3)

Analisando a primeira fala, constatamos que essa profissional de enfermagem ainda não tem claras em sua mente as ações da proposta do acolhimento. Já na segunda fala, observamos que o acolhimento, quando estabelece uma mudança na postura ou atitude do profissional de saúde diante do usuário e de suas necessidades, pode configurar-se como um estímulo à maior adesão dos usuários masculinos às atividades nas USFs, além de contribuir para o fortalecimento do vínculo profissional-usuário, uma vez que possibilita a interação mútua na compreensão do indivíduo em sua complexidade de saúde física e mental, aliada às condições de inserção na sociedade.

A proposta de acolhimento pelo Ministério da Saúde significa um novo modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo-lhes os pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Assim, o acolhimento poderia ampliar o universo de possibilidades de intervenções dos profissionais no que diz respeito ao atendimento das necessidades dos usuários, caminhando em direção a um novo "fazer" em saúde.[17]

Como estratégia de promoção de saúde, a práxis de educação popular empregada por todas as profissionais do estudo é, em geral, a formação de grupos com variadas abordagens, focalizando, principalmente, idosos, adolescentes e gestantes, como se verifica nas falas a seguir:

> *Trabalhamos com grupos de adolescentes e idosos, através de palestras e com temas variados de interesse desses grupos.* (E1)

> *Nós utilizamos uma abordagem participativa. Eles dizem suas necessidades e dificuldades e procuramos ajudá-los, em termos de saúde.* (E2)

Destacamos na primeira fala a prática educativa tradicional realizada por meio de palestras. Nessa perspectiva, aquele que detém o saber fala e os demais escutam silenciosamente, não oferecendo mudanças

efetivas de comportamento. Às vezes, é permitida uma pergunta ou outra, mas a realidade local e pessoal não é levada em consideração. Na abordagem participativa, não há uma imposição de informes a repassar aos usuários; todos participam ativamente e dialogam sobre os temas abordados. Nessa relação educativa dialógica, a produção do conhecimento torna-se coletiva, provocando uma modificação mútua, porque ambos – educador e educando – são portadores de conhecimentos distintos.

Com base nas atividades desenvolvidas na USF, uma enfermeira criou o seguinte desenho (FIG.1):

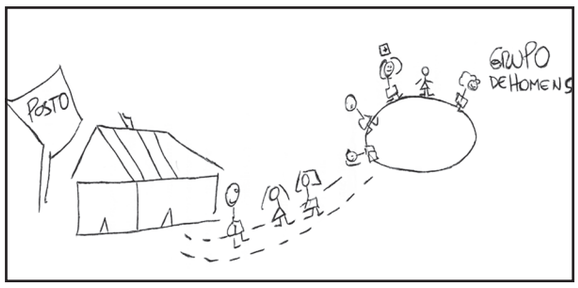

FIGURA 1 – Representação das atividades da USF na qual a enfermeira atua (E6)

Essa enfermeira fez a seguinte descrição do desenho:

> *Essa é a USF. Nós da Unidade estamos entrando no mundo dos homens através do grupo que formamos.* (E6).

Nessa perspectiva, o trabalho em grupo com os homens faz-se importante, pelo estabelecimento de vínculos afetivos entre profissionais/educadores de saúde e usuários, mediante a produção de saberes, visando estabelecer maior aproximação entre as necessidades da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades básicas.

Entre as USFs participantes, apenas uma disponibilizava atividades específicas para a população masculina da área adscrita. As enfermeiras dessa Unidade trabalham o grupo como uma alternativa para atender os usuários, na busca de atingir uma abordagem idealmente proposta para essa parcela da população, sempre em seu contexto familiar e social.

> *São realizadas atividades educativas em grupo com os homens [...]. O grupo é semanal e temos tido uma boa frequência [...]. Houve um caso de um deles, que era alcoolista e agora não está mais no vício, está trabalhando.* (E5)

> *Hoje em dia o grupo dos homens é muito mais voltado para a perspectiva deles como sujeitos sociais dentro da comunidade e onde está o homem na saúde diante desse contexto. [...] Há reuniões que eu não falo nada, porque eles têm sua dinâmica própria.* (E7)

A atenção realizada em grupos, pautada pela participação ativa de seus integrantes, facilita o desenvolvimento da autodeterminação e independência e constitui uma ferramenta importante para a promoção da saúde e exercício da cidadania, favorecendo o despertar de sujeitos autônomos que possam ultrapassar os limites de meros espectadores e constituírem-se atores sociais no cenário da educação em saúde.

Categoria II – Percepção dos enfermeiros quanto à população masculina da área adscrita

Em relação à percepção da população masculina de sua área adscrita, a maioria das enfermeiras percebe que os homens procuram pouco a USF, dificultando o reconhecimento das principais necessidades, em termos de saúde, da população masculina de sua área adscrita, como verificamos nas falas a seguir:

> *A população masculina frequenta pouco a USF; só vem quando já estão com algum problema de saúde. Para promoção da saúde é muito raro a sua vinda.* (E5)

> *Quase não tenho contato com a população masculina da minha área. As maiores informações que tenho sobre os homens vêm das mulheres da comunidade, dos agentes comunitários de saúde e da médica da equipe.* (E9)

Os indicadores epidemiológicos são alarmantes: a taxa de mortalidade dos homens é 15 vezes maior entre os 20 e 29 anos. As principais causas de morte entre homens de 15 a 59 anos são violência ou causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças maldefinidas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, não fosse a resistência masculina em procurar os serviços de saúde.[19]

Na enfermagem, a ação educativa tem um papel político-pedagógico de grande alcance, dado o poder multiplicador que cada um dos trabalhadores da enfermagem deve assumir no desempenho das práticas de cuidado. Para assumir esse papel implícito no ato de cuidar, os enfermeiros devem fazer uma análise crítica de sua própria formação acadêmica, identificando as lacunas de conteúdo filosófico, sociopolítico, histórico e antropológico.[18]

O profissional de enfermagem deve conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais, para planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas.

Com base no conhecimento do perfil de morbimortalidade dos homens em cada contexto que as USFs estão inseridas, os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS.

Muitas das necessidades de saúde apontadas pelas enfermeiras não se manifestam como um problema

imediato, mas como algo evitável, na qual as USFs podem intervir com ações preventivas e de promoção à saúde:

> *Eu vejo muito a questão das infecções sexualmente transmissíveis, da dependência química: tabagismo, etilismo, drogas [...] Os homens da comunidade são ociosos, pela questão do desemprego ou subemprego e a mortalidade por causas externas é alta nessa população.* (E4)

> *Eu imagino que a principal necessidade desses homens seriam atividades voltadas para a promoção da saúde [...]. Eles precisam ter ações de educação em saúde no sentido da redução de danos.* (E12)

Os homens compõem a parcela da população que mais consome álcool e outras drogas. Os serviços de saúde devem rejeitar medidas punitivas, restritivas ou culpabilizantes. Devem ser implantadas estratégias que possam reduzir os danos que o uso de drogas pode causar a essas pessoas, garantindo-lhes os princípios da cidadania e dos direitos humanos, à luz das discussões sobre gênero e masculinidades.[20]

Nessa perspectiva, foi apresentado o seguinte desenho por uma enfermeira (FIG. 2):

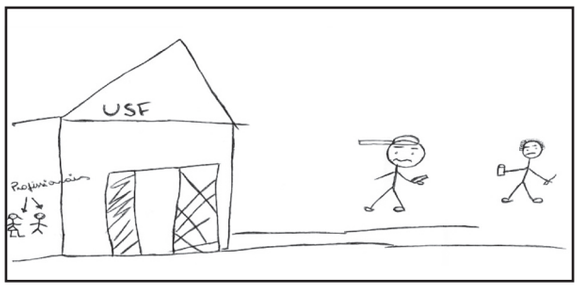

FIGURA 2 – Representação da percepção da enfermeira quanto aos usuários masculinos da comunidade na qual ela atua (E12).

A explicação do desenho elaborado por essa enfermeira foi a seguinte:

> *Nós profissionais estamos dentro da USF [...] Os homens estão fora da unidade: um homem com um revólver na mão e outro com uma garrafa de bebida e um cigarro.* (E12)

No cenário percebido nessa imagem, é reforçada a magnitude da ociosidade, da violência e do alcoolismo na população masculina. Esses agravos são decorrentes de problemas socioeconômicos predominantes nas periferias das grandes cidades, marcadas pela exclusão social. Essa realidade adversa é bem peculiar, concorrendo para o comprometimento da saúde dessa população.[1]

Categoria III – Formação dos enfermeiros na atenção à população masculina

Quando questionadas sobre sentirem-se preparadas ou não para atender às necessidades da população masculina, as participantes do estudo, em sua maioria, responderam que não. Os principais motivos podem ser evidenciados nas seguintes falas:

> *Eu não tenho a base de conhecimento para trabalhar com eles.* (E6).

> *Não tenho experiência de trabalho com homens.* (E8).

Uma das enfermeiras, no entanto, afirmou estar preparada, mas sem considerar as necessidades específicas dos homens, como se observa na fala abaixo:

> *Preparada tecnicamente estou e por amadurecimento também [...]. Na área de saúde, paciente não tem sexo. A gente tem que oferecer assistência à saúde independente se for homem, mulher, criança*. (E9)

> *A principal dificuldade começa na própria faculdade, que não nos prepara para trabalhar com os homens na perspectiva da atenção básica*. (E7)

As falas evidenciam o despreparo por parte dos enfermeiros na abordagem aos homens, atrelado à formação curricular de graduação com enfoque insuficiente para a saúde masculina na faixa etária adulta, contribuindo para que os homens se sintam menos aceitos naquele espaço com o qual já não se identificam.

Constata-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem determinam que os conteúdos a serem ministrados estejam relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, contextualizados à realidade epidemiológica e profissional. Desse modo, as grades curriculares do curso não poderiam privilegiar apenas a saúde das crianças, das mulheres e dos idosos.

O enfermeiro, como educador, necessita de formação teórica e de práticas que desenvolvam sua visão crítica e inovadora para que possa aplicar da melhor forma os conhecimentos adquiridos de acordo com as necessidades da comunidade.

Todas as enfermeiras pertencentes ao estudo perceberam a importância de desenvolver ações de saúde com o sexo masculino. Elas reconhecem que o homem é um ser humano com direitos a serem recebidos, acolhidos e atendidos com qualidade na USF, por meio de ações voltadas para promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde.

Quanto às principais dificuldades para promover a inserção dos homens nas atividades da USF, destacamos as seguintes falas:

> *Falta um espaço e atividades específicas para os homens na Unidade e, como também, o horário de*

> *funcionamento da Unidade coincide muitas vezes com o do seu trabalho.* (E1)

> *A dificuldade parte da questão cultural. O próprio homem acha que não adoece; eles são resistentes em procurar a USF.* (E17)

A utilização de outros espaços na comunidade para a realização das atividades de educação em saúde requer a mobilização dos profissionais e das famílias de modo que a limitação do espaço físico da USF não se configure como um empecilho ao desenvolvimento das ações educativas.

O horário de funcionamento da USF é entendido pelas enfermeiras como uma dificuldade para a adesão dos homens às atividades rotineiras na Atenção Básica. Entretanto, estudos mostram que não há aumento da frequência masculina em estados com unidades que oferecem horário de atendimento ampliado, enquanto as mulheres trabalhadoras conseguem ir às unidades se cuidar.[19]

Uma possível explicação dos homens para a não adesão às práticas de promoção e prevenção de saúde está associada à construção da identidade masculina e ao processo de socialização do homem. Isso porque eles partem da ideia de que doença sugere fraqueza e que fragilidade é sinônimo de feminilidade.

A noção de invulnerabilidade do ideal de masculinidade e a necessidade de mostrar independência fazem com que os homens evitem a busca por ajuda e não percebam alguns de seus comportamentos como fatores de risco a saúde.[21] A compreensão dessas barreiras socioculturais é importante para a proposição estratégica de medidas, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Nessa perspectiva, uma enfermeira apresentou(FIG. 3):

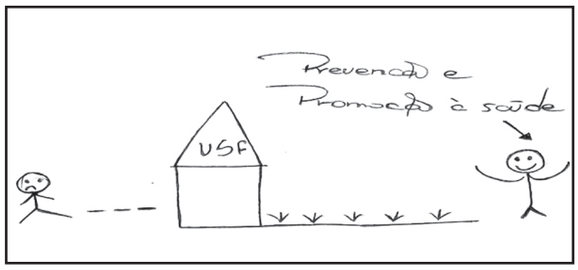

FIGURA 3 – Representação da percepção da enfermeira quanto às possibilidades de inclusão do usuário masculino nas ações de promoção à saúde (E8)

A explicação do desenho elaborado por essa enfermeira foi a seguinte:

> *O homem está aqui longe da Unidade. Aqui temos uma escadinha, um caminho, e aqui a unidade distante dele. Eu estou aqui na porta esperando por ele.* (E8)

O homem é visto como um ser humano grande e distante, e a enfermeira ocupa uma posição que representa passividade, pois fica esperando que o homem se desloque até a USF à procura dos serviços de saúde. Para mudar a realidade local, o enfermeiro necessita ser capaz de articular os conhecimentos técnico-científicos de acordo com as necessidades evidenciadas na realidade sociopolítica e cultural em que a comunidade se encontra inserida, exercendo o papel de agente de mobilização e transformação.[22]

Categoria IV – Perspectiva de mudança no modelo de atenção à saúde do homem

Ao considerar que a ESF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial com fundamento na Atenção Básica, pode-se compreender que as enfermeiras entrevistadas apresentam perspectivas de mudanças no modelo de atenção à saúde dos homens, como evidenciado nas falas abaixo:

> *Eu acredito que irá melhorar! Antes nem se falava nessa população em relação à promoção da saúde. Agora os homens estão mais informados e, com certeza, vão lutar pelos seus direitos.* (E5)

> *Foi muito bom o Ministério da Saúde ter criado a Política de Atenção à Saúde do Homem. [...] Isso já me deixa otimista.* (E11)

> *Hoje, os homens são multiplicadores de doença, mas no futuro poderão ser multiplicadores de saúde.* (E7)

Na perspectiva de um atendimento integral à saúde dos homens, a promoção da saúde aparece como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar os múltiplos problemas de saúde deles, como se observa na representação abaixo (FIG. 4):

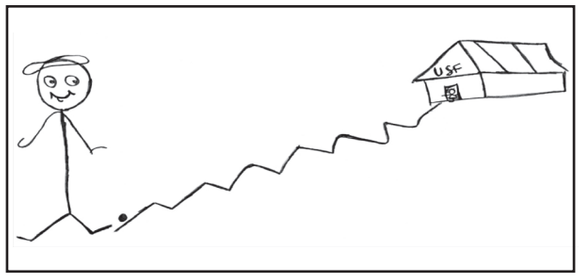

FIGURA 4 – Representação da perspectiva de mudança no modelo de atenção à saúde do homem (E15)

Essa enfermeira fez a seguinte descrição do desenho:

> *Aqui vemos o homem antes de entrar na USF: ele está triste, doente [...] Após as ações de promoção e prevenção da saúde na unidade ele fica feliz, saudável.* (E15)

Para tanto, é necessário que se implementem mudanças na forma de organizar e operacionar esses serviços por meio de ações pautadas pela vigilância em saúde. Além disso, merece ser destacado, nas proposições

das enfermeiras entrevistadas, o longo caminho a ser percorrido para superar o atual quadro da atenção à saúde do homem no âmbito da ESF:

> *Eu acho que é uma longa caminhada ainda. [...] Está muito longe para se consolidar a saúde do homem como está consolidada a saúde da mulher e da criança*. (E7)

> *Acho que dará certo a atenção à saúde do homem, mas vai demorar. É um futuro que ainda está distante. Tantas outras questões que a gente tinha dificuldade e conseguimos superar, como a redução da mortalidade infantil e materna. Se houver um conjunto de ações voltadas para esse tema, acontecerão mudanças*. (E16)

Visando caminhar na perspectiva de superação dessas dificuldades, para que os usuários do sexo masculino tenham maior adesão aos serviços oferecidos pela USF, observa-se que os profissionais compreendem como principal proposta o desenvolvimento de práticas educativas mediante a formação de grupos, conforme se constata nas seguintes falas:

> *A minha proposta seria a formação de um grupo de homens. A gente está tentando formar esse grupo. Como tem muito homem ocioso na comunidade, a proposta inicial é começar com jogo de dominó, futebol, fazendo campeonato entre eles para vê se a gente puxa os homens para Unidade*. (E1)

> *A formação de um grupo de homens seria o pontapé inicial para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens*. (E2)

> *É um trabalho difícil, é um trabalho de 'formiguinha', mas o que no futuro fará a diferença é a educação em saúde desde a infância*. (E17)

A realização das ações educativas no cenário de trabalho vem requerer dos profissionais de saúde uma identificação dos grupos com os quais têm maior afinidade. A definição dos grupos contribuirá na execução do processo educativo como resultado da atuação de ambos como sujeitos na leitura e construção do conhecimento, considerando que, quanto maior a aproximação entre o profissional de saúde/educador e os usuários/educandos, maior a habilidade de o educador para compartilhar as estratégias educativas significativas para cada grupo.[1]

Essa experiência pode ensejar apropriação de conhecimentos necessários na realização de outras propostas inovadoras e criativas para atuar em educação em saúde em distintos grupos.[1]

A educação em saúde constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.[23]

Na fala dos sujeitos na perspectiva de um atendimento integral à saúde do homem, visando à promoção da saúde, a concretização das mudanças vai além das possibilidades dos profissionais da saúde:

> *Acho que teremos que trabalhar com esse grupo fora do horário regular de trabalho, mobilizando outros setores da sociedade, associações de moradores, alguns times de futebol, fazendo interações com outros grupos sociais da comunidade para trabalhar as questões de saúde nos homens.* (E4)

> *Já que o Ministério da Saúde está trabalhando essa temática, vai ser mais fácil inserir esses homens porque tem toda uma mídia envolvida. [...] Precisa trabalhar na mídia que o homem também precisa cuidar da saúde, que ele também adoece.* (E16)

> *A Saúde do Trabalhador poderia ser um foco de interesse nas ações das USFs [...], estabelecendo um* feedback*, referenciando esses homens às USFs.* (E13)

Para facilitar o acesso e a adesão dos 40 milhões de homens com idade entre 25 e 59 anos à rede da atenção básica do SUS, é preciso despertar outros setores da sociedade, o que requer iniciativa, vontade política, conscientização dos atores e ruptura com paradigmas socioculturais.

Evidencia-se, assim, a necessidade de uma rede social de responsabilização mediante a articulação e a mobilização de setores governamentais, não governamentais, entidades civis e da população em geral, em resposta à necessidade de uma intervenção mais ampda sobre a atenção à saúde do homem na rede básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade brasileira, principalmente a realidade cultural nordestina, é marcada pela idealização da figura masculina como elemento controlador, que impõe respeito e, até em alguns casos, temor no seio familiar. O homem ocupa, no imaginário popular, uma posição de poder e superioridade sobre a figura feminina, cabendo a esta o cuidado com a família e a casa.

A preocupação em buscar acesso aos serviços e informações de saúde de modo preventivo constitui uma atitude contraditória ao símbolo de superioridade e virilidade que a imagem do homem representa, tornando-o susceptível a riscos de agravos que poderiam ser evitados. Atuar nesse cenário é o desafio que se coloca aos serviços de saúde, em especial aos de Atenção Básica, dado o nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

Ao analisar as falas das enfermeiras quanto às suas ações e perspectivas à saúde dos homens, foi possível identificar quatro categorias temáticas: "Atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família"; "Percepção dos enfermeiros quanto à população masculina da área adscrita"; "Formação dos enfermeiros na atenção à população masculina" e "Perspectiva de mudança no modelo de atenção à saúde do homem".

Com base na análise de tais categorias, percebe-se que para atuar com essa parcela da população é necessária uma mobilização para impactar situações de reflexões e até quebra de "velhos paradigmas" que tendem a restringir a adesão do usuário masculino em participar ativamente nas discussões das necessidades de saúde e definição das prioridades a enfrentar.

Os resultados do estudo revelam a necessidade de uma intervenção mais ampla sobre a atenção à saúde do homem na rede básica, visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Nesse contexto, constata-se que para atuar com essa parcela da população faz-se necessário um fazer técnico imbuído de valores, sentimentos, criatividade, emoção e comprometimento com a transformação da realidade.

O reconhecimento dos fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural que envolvem os seres humanos, considerando as diversidades delineadas pelas questões de gênero, constitui um saber necessário ao enfermeiro. Esse saber permite o estabelecimento de estratégias inclusivas e prioritárias na promoção à saúde, visando aumentar a visibilidade das necessidades específicas da população masculina mediante ações mais efetivas para o cuidado de saúde.

O enfrentamento do quadro epidemiológico dos problemas de saúde pública que acometem o contingente masculino requer do enfermeiro que atua na atenção básica um fazer ousado e inovador na valorização do saber popular e na descoberta de potencialidades condutoras da evolução humana e profissional.

Nessa trajetória, é preciso considerar a necessidade de estratégias de ações integradas para envolver os homens no contexto da saúde. Para tanto, é essencial o estabelecimento de uma relação de parceria entre os profissionais que integram as equipes de saúde da família e os usuários do sexo masculino para propiciar ações que promovam saúde para o homem e para sua comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2008 dez; 17(4):245-6.

2. Monteiro EMLM, Vieira NFC. (Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife- PE. Recife: EDUPE; 2008.

3. Sousa MF. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, organizadores. AIDS: prevenção porta a porta. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 41-5.

4. Keijzer B. Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In: Caceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallens S, editors. La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina, Lima: Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-52.

5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2005 Mar; 10(1): 105-9.

6. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 825-9.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

10. Costa IER, Ludemir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(5):1193-200.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1996.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.

13. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 67-80.

14. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7:275-83.

15. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):441-6.

16. Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do programa de saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. Rev Enferm UERJ. 2007; 15:46-52.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.

18. Gonçalves MA, Sena RR. A Pedagogia do Cuidado de Enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 1999; 3(1): 41-5.

19. Saúde do homem: Nova política de atenção quer levar o "sexo forte" aos postos. RADIS Comunicação em Saúde. 2008; 74:08-10.

20. Fonseca JLCL. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) [tese]. Recife (PE): Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

21. Davies J, McCrae BP, Frank J, Dochnald A, Pickering T, Harrison B, K et al. Identifying male college student's perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. J American College Health. 2000; 48:259-67.

22. Monteiro EMLM, Brady CL, Brandão Neto W, Freitas RBN, Moraes MUB. Extensão Universitária: opinião de estudantes do campus saúde de uma instituição pública da região metropolitana de Recife-PE. REME - Rev Min Enferm. 2009;13(3):349-57.

23. Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em Saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

Data de submissão: 21/5/2010
Data de aprovação: 15/6/2011

FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POPULAÇÕES RURAIS

FACTORS ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN RURAL POPULATIONS

FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN EN POBLACIONES RURALES

Fernanda Penido Matozinhos[1]
Larissa Loures Mendes[2]
Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira[3]
Gustavo Velásquez-Meléndez[4]

RESUMO

A hipertensão arterial é reconhecida como um importante problema de saúde pública, e sua prevalência associa-se a diversos fatores de risco. O objetivo com este estudo foi verificar as associações entre excesso de peso, hiperinsulinemia e hipertensão arterial. Realizou-se um estudo epidemiológico de delineamento transversal em Virgem das Graças e Caju, comunidades rurais localizadas no Vale do Jequitinhonha. A amostra foi composta por 567 adultos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 94 anos. A coleta de dados incluiu variáveis demográficas de estilo de vida, antropométricas, bioquímicas e hemodinâmicas. Utilizou-se a análise multivariada para testar as associações entre as variáveis independentes e a hipertensão arterial. Observou-se que idade, triglicerídeos, circunferência da cintura, hiperinsulinemia e sexo estiveram independentemente associados com a hipertensão. Os achados fornecem evidências importantes de que a hipertensão é um problema de saúde pública na população rural estudada.

Palavras-chave: Hipertensão; Hiperinsulinemia; População Rural; Epidemiologia; Estilo de Vida.

ABSTRACT

Arterial hypertension is recognized as a serious Public Health issue and its frequency is associated with several risk factors. This study intended to identify the links between
overweight, hyperinsulinemia and arterial hypertension. An epidemiological and cross-sectional study was carried out in Virgem das Graças and Caju, two rural communities located the Jequitinhonha Valley. The sample comprised of 567 male and female adults aged between 18 and 94 years old. Data collection considered demographic, lifestyle, anthropometric, biochemical and hemodynamic variables. Multivariate analysis was performed to exam the relationship between the independent variables and hypertension. Age, triglycerides level, waist circumference, hyperinsulinemia and gender were independently associated with arterial hypertension. The results provide significant evidence to arterial hypertension being a Public Health problem in the rural population studied.

Key words: Hypertension; Hyperinsulinemia; Rural Population; Epidemiology; Lifestyle.

RESUMEN

La hipertensión arterial está reconocida como un problema de salud pública y su prevalencia está asociada a varios factores de riesgo. El objetivo del presente estudio fue verificar la asociación entre sobrepeso, hiperinsulinemia e hipertensión arterial. Se trata de un estudio transversal realizado en las comunidades rurales Virgem das Graças y Caju, localizadas en el Valle del Jequitinhonha. La muestra estuvo compuesta de 567 adultos de ambos sexos entre 18 y 94 años. La recogida de datos incluyó variables demográficas, de estilo de vida, bioquímicas y hemodinámicas. Para comprobar las asociaciones entre las variables independientes y la hipertensión arterial se utilizó el análisis multivariado. Se observó que la edad, los triglicéridos, la circunferencia de cintura, la hiperinsulinemia y el sexo están significativamente vinculadas a la hipertensión arterial. Estos resultados son evidencias importantes de que la hipertensión es un problema de salud pública en las poblaciones rurales objeto de estudio.

Palabras clave: Hipertensión; Hiperinsulinemia; Población Rural; Epidemiología; Estilo de Vida.

[1] Acadêmica de Enfermagem da UFMG. Bolsista de iniciação científica da Fapemig.
[2] Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem pela UFMG.
[3] Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular da Escola de Enfermagem da da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
[4] Doutor em Saúde Pública pela USP. Professor titular da UFMG.
Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: guveme@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é, atualmente, um importante problema de saúde pública.[1,2] Estima-se que, no Brasil, a prevalência para a população com mais de 20 anos de idade seja em torno de 20% a 30% e para as pessoas que têm mais 40 anos, 35%.[3] A prevalência da hipertensão está associada a uma série de fatores, como idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, alimentação rica em sódio e gorduras.[4]

Estudos demonstram que existe uma relação direta entre a hipertensão e o excesso de peso, de forma que o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial aumenta com o ganho de peso e diminui com a redução do índice de massa corporal.[5] Além disso, o aumento da gordura corpórea resulta em aumento pela demanda de insulina, tendo como consequência a hiperinsulinemia.[6]

A hiperinsulinemia pode causar hipertensão por diferentes mecanismos. A insulina estimula o sistema nervoso simpático, causando vasoconstrição e aumento no débito cardíaco. A insulina retém sódio/água nos túbulos renais distais, contribuindo para expansão de volume. Além disso, também estimula a proliferação da musculatura lisa da parede arterial. Estima-se que aproximadamente 50% dos pacientes hipertensos apresentem hiperinsulinemia.[7]

A hipótese de que a obesidade contribuiria para a elevação da pressão arterial dada a diminuição da sensibilidade periférica à insulina e hiperinsulinemia compensatória também está sendo demonstrada em alguns estudos, pois, quando presente, a obesidade contribui para a ocorrência da HA, sendo considerada um dos seus principais fatores de risco.[8,9]

Diante do exposto, estudos que visem avaliar a relação entre o excesso de peso, a hiperinsulinemia e a hipertensão arterial em áreas rurais se fazem necessários, uma vez que no Brasil são poucos os trabalhos realizados nas áreas rurais sobre tais associações.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, realizado em Virgem das Graças e Caju, duas comunidades rurais localizadas no Vale do Jequitinhonha, nordeste de Minas Gerais.

A população-alvo deste estudo constituiu-se de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, e com, pelo menos, dois anos de residência no local. A população residente nessas comunidades era constituída por 272 famílias, totalizando 1.216 indivíduos.

Desse total de indivíduos, 522 eram menores de 18 anos, restando 694 indivíduos para o estudo. Entre esses, houve perda de 100 indivíduos (14,4%), reduzindo a amostra para 594 (85,6% do total de indivíduos adultos cadastrados inicialmente), porque 47 não se encontravam no local na época da coleta, 33 mudaram-se para outras localidades e 20 não permitiram a coleta dos dados. A amostra total, portanto, foi de 594 indivíduos adultos, dentre os quais foram excluídos, ainda, 8 pacientes diabéticos e 9 mulheres grávidas. Com isso, a amostra final para este estudo se constituiu de 567 pessoas com a idade entre 18 e 94 anos.

A coleta de dados incluiu variáveis hemodinâmicas, antropométricas, bioquímicas, demográficas – tais como idade, cor da pele, estado marital e escolaridade – e de estilo de vida – tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Os participantes do estudo responderam a um questionário com perguntas relativas às duas últimas variáveis e, ao término da entrevista, foi realizado um exame clínico que consistia na aferição de medidas antropométricas e clínico-laboratoriais.

O peso foi aferido por meio de uma balança digital com aproximação de 0,1 kg, com os participantes trajados com roupas leves e sem sapatos. A altura foi mensurada com uma fita métrica inextensível, colocada em uma parede sem rodapé a uma distância de 50 centímetros do chão, com aproximação de 0,1 cm. Os indivíduos foram posicionados de pé, descalços, olhando para frente, em posição de Frankfurt – arco orbital inferior alinhado em um plano horizontal com o pavilhão auricular –, com os pés juntos. A circunferência da cintura (CC) foi medida com uma fita métrica inelástica, posicionando-a no ponto médio entre a última costela e a parte superior da crista ilíaca. A circunferência do quadril foi mensurada no local de maior proeminência da região glútea.

A medição da pressão arterial foi realizada seguindo todos os passos preconizados no VI Relatório da Joint National Committee (JNC)[10] e também citados nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH),[11] que definem a forma correta de aferição indireta desse parâmetro diagnóstico. Foram realizadas três aferições, todas no braço direito, sendo a média das três a definitiva. Os examinadores foram treinados sistematicamente antes da realização das aferições. Foram considerados hipertensos os indivíduos com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

Amostras de sangue, de aproximadamente 5 ml, foram obtidas por meio de punção venosa com o paciente em jejum de 12 horas. As concentrações do colesterol total, triglicérides e glicose foram determinadas usando um teste enzimático colorimétrico utilizando o analisador Cobas Mira Plus (Roche Diagnostics, Suíça). A concentração da lipoproteína de alta densidade – HDL-c – também foi medida por um teste enzimático colorimétrico, após precipitação das frações LDL-c e VLDL-c pelo ácido fosfotungstico e cloreto de magnésio. Níveis de LDL-c foram calculados por aplicação da equação de Friedwald.[12] A glicemia de jejum foi caracterizada de acordo com as recomendações da American Diabetes Association[13] e os níveis de triglicérides, colesterol total, HDL-c e LDL-c foram classificadas de acordo com critérios da III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose.[14] As concentrações de PCR de alta sensibilidade e insulina

foram determinadas por um método imunométrico em fase sólida quimioluminescente usando o analisador Immulite 2000 (EURO/DPC Ltda., Reino Unido). Para PCR e insulinemia de jejum, consideraram-se elevados os valores, dessas variáveis, categorizados, no 4º quartil da distribuição e normais os valores no 1º, 2º e 3º quartis. O valor do 4º quartil da insulina para a população estudada foi de 5,06 µU/ml e o da PCR foi de 0,41 mg/dl.

A resistência à insulina foi avaliada pelo método Homeostasis Model Assessment (HOMA-IR)[15], com base na seguinte equação: HOMA-IR = insulinemia de jejum (mU/L) x glicemia de jejum (mmol/L) ÷ 22,5. Foram consideradas resistentes à insulina as pessoas com valores de HOMA-IR no 4° quartil. Como não há consenso em relação a um valor de corte estabelecido como referência para classificar os resultados do índice HOMA-IR, para essas comunidades, foram consideradas resistentes à insulina as pessoas com os valores de HOMA-IR no 4° quartil da distribuição dessa variável, sendo que o valor de corte do quarto quartil dessa população foi de 1,13. Assim, as pessoas com valores no 1°, 2° e 3° quartis foram consideradas normais; sem alterações na RI; e pessoas com valores no 4° quartil, como resistentes à ação da insulina.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa Statistical Software for Professionals (Stata) versão 9.0 e, para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de até 5% ($p \leq 0,05$). Para a caracterização da amostra, foram apresentadas tabelas de frequência e tabelas de medidas de tendência central e dispersão das variáveis, segundo o sexo. As variáveis que não apresentavam distribuição simétrica foram descritas por meio da mediana (intervalo interquartílico) e as que apresentavam distribuição simétrica foram descritas por meio da média e do desvio-padrão. Para comparar as diferenças entre as frequências, medianas e médias, foram utilizados os testes Qui-quadrado, Mann-whitney e Teste t-student, respectivamente.

Para a estimativa das razões de prevalência (RP), foi utilizada a técnica de regressão de Poisson com variâncias robustas. Na construção do modelo, utilizou-se a hipertensão arterial como variável dependente. Inicialmente; as variáveis que não mantinham significância em nível de $p \leq 0,20$ foram excluídas do modelo. Em seguida, assumiu-se o valor $p \leq 0,05$ para a definição do modelo final como nível de significância estatística. Termos de interação também foram testados entre as variáveis independentes que permaneceram no modelo final.

A avaliação da qualidade do modelo final foi feita pela aplicação do teste da bondade (*goodness-of-fit test*) e pela análise dos resíduos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), consoante a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, segundo Parecer ETIC nº 144/2004. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e seus direitos como participantes.

RESULTADOS

As características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida, de acordo com o sexo dos participantes do estudo, são apresentadas na TAB. 1.

A amostra compreendeu 567 indivíduos, sendo 286 homens (50,4%) e 281 mulheres (49,6%). A idade variou entre 18 e 94 anos com uma média de 44,13±17,62 anos. Para o sexo masculino, a média de idade foi 44,45±18,03 e para o feminino, 43,80±17,23.

A maioria dos parti-cipantes tinha cor de pele não branca (75,7%) e vivia com cônjuge (69,4%). Em relação à escolaridade, observou-se alta proporção de indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade; somente 23,4% possuíam cinco ou mais anos de estudo.

Em relação aos aspectos relativos ao estilo de vida, verificou-se que a maior parte das pessoas (76,0%) não consumia bebida alcoólica. Aproximadamente um terço da população era tabagista, sendo que 43% eram do sexo masculino e 17,40%, do sexo feminino. Observou-se também maior frequência de ex-fumantes no sexo masculino (23,4%) quando comparado ao sexo feminino (8,9%).

TABELA 1 – Distribuição da população estudada segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida, de acordo com o sexo. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
18-29	74	25,9	77	27,4	151	26,6
30-39	58	20,3	57	20,3	115	20,3
40-49	48	16,8	46	16,4	94	16,6
50-59	47	16,4	37	13,2	84	14,8
≥ 60	59	20,6	64	22,8	123	21,7
Cor de pele *						
Branca	51	17,8	87	31,0	138	24,3
Não branca	235	82,2	194	69,0	429	75,7
Estado marital						
Com cônjuge	194	67,8	199	70,8	393	69,4
Sem cônjuge	92	32,1	82	29,3	174	30,6
Escolaridade (anos)						
0	112	39,2	94	33,5	206	36,3
1 a 4	115	40,2	113	40,2	228	40,2
≥ 5	59	20,6	74	26,3	133	23,5
Tabagismo**						
Sim	123	43,0	49	17,4	172	30,3
Ex-fumante	67	23,4	25	8,9	92	16,2
Não	96	33,6	207	73,7	303	53,4
Consumo de álcool*						
Sim	100	35,0	34	12,1	134	24,0
Não	186	65,0	247	87,9	433	76,0

Nota: * p<0,05 (Teste Qui Quadrado)

** p<0,05 (Regressão de Poisson).

A distribuição da população estudada segundo as variáveis antropométricas e de composição corporal, de acordo com o sexo, é apresentada na TAB. 2.

Segundo o IMC, 5,5% dos participantes foram classificados como obesos e 17,4% apresentavam sobrepeso. Verificou-se, também, que 24,1% dos entrevistados apresentavam circunferência da cintura no nível 1 (risco elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade) e 25,2% no nível 2 (risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade).

Em relação à RCQ, 47,8% dos participantes apresentavam esse parâmetro em níveis elevados, indicando risco aumentado para doenças cardiovasculares.

De modo geral, observou-se maior frequência de alterações antropométricas nas mulheres, quando comparada às dos homens.

TABELA 2 – Distribuição da população estudada segundo a classificação das variáveis antropométricas e de composição corporal, de acordo com o sexo. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
IMC (kg/m²)**						
Baixo Peso	22	7,7	25	9,0	47	8,4
Eutrófico	223	78,5	163	58,6	386	68,7
Sobrepeso	33	11,6	65	23,4	98	17,4
Obesidade	6	2,1	25	9,0	31	5,5
CC (cm)**						
Normal	270	94,4	158	56,2	428	75,5
Nível 1	11	3,8	57	20,3	68	12,0
Nível 2	5	1,7	66	23,5	71	12,5
RCQ*						
Normal	276	96,8	155	55,4	431	76,3
Elevada	9	3,2	125	44,6	134	23,7

Nota: * p<0,05 (Teste Qui-Quadrado).
** p<0,05 (Regressão de Poisson).
IMC – Índice de massa corporal;
CC – Circunferência da cintura;
RCQ – Razão circunferência da cintura/circunferência do quadril;
%GC – Percentual de gordura corporal.

Na TAB. 3, demonstra-se que a população estudada apresentou altas frequências de hipertensão arterial (42,9%); contudo, não houve diferença significativa entre os sexos.

TABELA 3 – Características hemodinâmicas segundo o sexo. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Pressão arterial						
Normotenso*	167	58,4	157	55,9	324	57,1
Hipertenso*	119	41,6	124	44,1	243	42,9

Nota: * p<0,05 (Teste Qui-Quadrado).

Na TAB. 4, são apresentados os resultados das dosagens bioquímicas segundo o sexo.

Observou-se que 35,5%, 15% e 34,2% dos participantes apresentavam níveis de colesterol total, triglicérides e LDL-c elevados, respectivamente. A frequência de baixos níveis de HDL-c foi maior nos homens (31,9%) que nas mulheres (22,3%). Para a PCR, observou-se que 24,5% das pessoas apresentavam valores elevados (4º quartil).

TABELA 4 – Distribuição da população estudada segundo classificação das variáveis bioquímicas, de acordo com o sexo. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Colesterol total (mg/dl)						
< 200	180	68,4	163	60,6	343	64,5
≥ 200	83	31,6	106	39,4	189	35,5
Triglicérides (mg/dl)						
< 150	231	87,8	221	82,2	452	85,0
≥ 150	32	12,2	48	17,8	80	15,0
LDL-c (mg/dl)						
< 130	181	68,8	169	62,8	350	65,8
≥ 130	82	31,2	100	37,2	182	34,2
HDL-c (mg/dl)*						
≥ 40	179	68,1	209	77,7	388	72,9
< 40	84	31,9	60	22,3	144	27,1
PCR (mg/dl)*						
< 4º Quartil	203	80,9	180	70,3	383	75,5
≥ 4º Quartil	48	19,1	76	29,7	124	24,5

Nota: * p<0,05 (Teste Qui-quadrado).
LDL-c – low-density lipoprotein cholesterol; HDL-c – high-density lipoprotein cholesterol; PCR – proteína C-reativa.

Na TAB. 5, é apresentada a distribuição dos indicadores relacionados ao metabolismo da glicose. Aproximadamente 10% dos indivíduos apresentavam níveis altos de glicose, sem diferenças de distribuição entre os sexos.

TABELA 5 – Características do metabolismo da glicose. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Glicemia de jejum (mg/dl)						
< 100	234	89,3	233	89,6	467	89,5
≥ 100	28	10,7	27	10,4	55	10,5
Insulina de jejum (µU/ml)*						
< 4º Quartil	209	85,3	168	65,1	377	75,0
≥ 4º Quartil	36	14,7	90	34,9	126	25,0
HOMA-IR*						
< 4º Quartil	204	85,0	165	66,8	369	75,8
≥ 4º Quartil	36	15,0	82	33,2	118	24,2

Nota: * p<0,05 (Teste Qui-quadrado).

HOMA-IR – Homeostasis model assesment-insulin resistance.

Na TAB. 6, apresentam-se os valores de mediana e intervalo interquartílico (ou média e desvio padrão) das variáveis hemodinâmicas, antropométricas e de composição corporal dos participantes do estudo, de acordo com o sexo.

A mediana da pressão arterial sistólica foi 131,33 e diastólica foi 80,66.

Os participantes apresentaram uma mediana de IMC de 22,20 e uma mediana de circunferência da cintura de 79,00. Observou-se que as mulheres apresentaram maiores valores de IMC e circunferência do quadril que os homens, enquanto os homens apresentaram maiores valores de peso, altura e razão cintura-quadril que as mulheres.

Na TAB. 7, são apresentados os resultados do modelo multivariado. Observou-se que as variáveis que tiveram associação independente com a hipertensão arterial foram os altos níveis de insulina de jejum (RP = 1,25), a razão cintura quadril elevada (RP = 1,42) e os altos níveis de colesterol (RP = 1,01), ajustados por idade e sexo.

TABELA 7 – Modelo final de regressão logística tendo a hipertensão arterial como variável resposta. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	RP (IC 95%)	p-valor
Sexo		
Feminino	1 (referência)	
Masculino	1,29 (1,02-1,63)	0,033
Idade (anos)	1,02 (1,01-1,02)	0,000
Insulina de jejum		
Normal < 4º Quartil	1 (referência)	
Alterado ≥ 4º Quartil	1,25 (1,04-1,51)	0,017
RCQ		
Normal	1 (referência)	
Elevada	1,42 (1,12-1,81)	0,004
Colesterol (mg/dl)	1,00 (1,00-1,00)	0,043

Nota: RCQ – razão cintura-quadril.

TABELA 6 – Mediana e intervalo interquartílico (ou média e desvio-padrão) das variáveis hemodinâmicas, antropométricas e de composição corporal da população estudada, de acordo com o sexo. Virgem das Graças e Caju – 2005

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	Mediana (II)	n	Mediana (II)	n	Mediana (II)
PAS (mmHg)*	286	132,00 (27,33)	281	131,33 (35,00)	567	131,33 (31,33)
PAD (mmHg)*	286	80,00 (14,66)	281	82,00 (18,66)	567	80,66 (17,33)
Peso (kg) *	286	60,20 (12,90)	280	54,25 (14,45)	566	57,90 (14,10)
Altura (m)*	286	166,52 (8,90)	279	153,20 (8,90)	565	160,15 (13,60)
IMC (kg/m^2)*	286	21,58 (3,57)	279	23,10 (5,94)	565	22,20 (4,35)
CC (cm)*	285	79,50 (9,90)	280	78,06 (15,40)	565	79,00 (12,80)
CQ (cm)*	285	90,33 (7,73)	280	93,61 (11,05)	565	91,50 (9,33)
GC (%)*	282	13,40 (5,80)	278	32,10 (12,10)	560	19,75 (18,75)
RCQ[a]	285	0,88±0,06	280	0,85±0,07	565	0,86±0,07

Notas: [a] Média (desvio-padrão); * p<0,01 (Teste t-Student ou Mann whitney).

II – Intervalo interquartílico

PAS – pressão arterial sistólica; PAD – pressão arterial diastólica; IMC – índice de massa corporal; CC – circunferência da cintura; CQ – circunferência do quadril; GC – gordura corporal; RCQ – razão cintura-quadril.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliados os possíveis preditores para a hipertensão arterial em duas comunidades do Vale do Jequitinhonha-MG.

Observou-se que o sexo masculino, a idade, a razão cintura quadril elevada e os altos níveis de colesterol e de insulina de jejum permaneceram independentemente associados à hipertensão arterial.

Analisando a ocorrência da hipertensão arterial segundo os sexos, foi observada maior prevalência da doença entre indivíduos do sexo masculino. Resultado semelhante foi encontrado por Conceição *et al*.[16], ao demonstrar que o sexo masculino foi associado com maior prevalência nas faixas de pré-hipertensão, hipertensão estágio 1 e hipertensão estágio 2, ao se comparar com a faixa normal. Outros autores revelaram que o risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres,[17] e estudos, como o de Sarno *et al*.[18], mostram que, entre homens, o poder explicativo sobre a ocorrência de hipertensão arterial é maior para o IMC, quando comparado à circunferência da cintura.

A exemplo de inúmeros estudos populacionais,[16,19-22] verificou-se, nesta investigação, que a prevalência da hipertensão arterial aumentou diretamente com a idade e essa relação não se alterou após a análise multivariada. O aumento da pressão arterial em idades mais avançadas está associado à diminuição da complacência das artérias.[23] Além disso, estudos revelam que o envelhecimento ocasiona a diminuição da taxa metabólica basal, provocando menor gasto energético e predisposição às obesidades global e abdominal.[24]

Resultados consolidados por meio de estudos longitudinais demonstram relação entre o aumento do tecido adiposo e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares,[25] como a hiperinsulinemia: o ganho de peso foi correlacionado positivamente com o aumento dos níveis plasmáticos de insulina.[26] Em outros achados importantes deste trabalho, mostrou-se que a obesidade abdominal, avaliada pela RCQ, foi mais frequente nas mulheres que nos homens (44,6% *versus* 3,2%). Em estudo populacional transversal realizado em Porto Alegre, constatou-se que a hipertensão arterial foi associada à RCQ nas mulheres.[27] Os níveis de RCQ foram significativamente associados com a hipertensão arterial pela análise multivariada, sendo que pessoas com RCQ elevada apresentam a prevalência de 1,42 vez de serem hipertensas quando comparadas com pessoas de peso normal. A RCQ é utilizada em diversos estudos como medida de adiposidade abdominal, os quais demonstram que tal razão está associada a fatores de risco cardiovascular.[28-31]

Neste estudo, a hipercolesterolemia também se associou à hipertensão arterial, dado o risco de eventos cardiovasculares.[11,29]

Outra variável associada à hipertensão arterial na análise multivariada foi a insulina de jejum: observou-se que pessoas com altos níveis de insulina de jejum apresentaram razão de prevalência de 1,25 em relação às pessoas com níveis adequados. São diversos os estudos sobre hipertensão arterial e hiperinsulinemia: no estudo realizado por Everson *et al.*,[32] a hiperinsulinemia foi considerada um valor preditivo para o desenvolvimento de hipertensão arterial e, segundo Schaan *et al*.,[33] os indivíduos com algum grau de anormalidade na homeostase glicêmica apresentaram maior prevalência de HAS. Alguns autores sugerem, ainda, que a hiperinsulinemia provoca aumento da atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção tubular de sódio, o que pode contribuir para o aumento da pressão arterial.[34,35]

Algumas limitações devem ser consideradas para este estudo, dentre elas o fato de não ter sido utilizada uma população com comprovada representatividade da população rural brasileira, o que pode restringir a validade dos resultados. Além disso, por se tratar de um estudo de delineamento transversal, não é possível afirmar que as associações encontradas afirmem causalidade, pois não é possível identificar a precedência temporal entre a exposição e o desfecho.

Todos os resultados deste estudo revelam que a hipertensão arterial vem se transformando progressivamente em um dos mais graves problemas de saúde pública, daí a necessidade e a importância da adoção de medidas preventivas e de tratamento e controle para diminuir os níveis tensoriais elevados e, consequentemente, os riscos ligados às doenças cardiovasculares.

CONCLUSÃO

Neste estudo, 42,9% da população estudada era hipertensa, 24,2% eram resistentes à insulina e 35,5% apresentavam níveis de colesterol total elevados. O excesso de peso e a obesidade também foram frequentes (17,4% sobrepeso e 5,5% obesidade).

Pela análise multivariada, observou-se que, para os indivíduos adultos e residentes em áreas rurais, os fatores associados à hipertensão arterial foram os altos níveis de insulina de jejum e de colesterol, a razão cintura quadril elevada, o aumento da idade e o sexo masculino.

As associações supracitadas sugerem que os distúrbios do metabolismo dos lipídios e da glicose estão fortemente associados à hipertensão arterial e que esse é um problema prevalente na população estudada. Dessa forma, políticas de prevenção e controle devem ser implementadas, visando alterar o perfil aqui descrito.

REFERÊNCIAS

1. Gaster B, Hirsch IB. The effects of improved glycemic control on complications in type 2 diabetes. Arc Inter Med. 1998 jan.; 158(2): 134-40.

2. Laakso M, Lehto S. Epidemiology of risk factors for cardiovascular disease in diabetes and impaired glucose tolerance. Atherosclerosis. 1998 Apr.; 137(supl 1): S65-S73.

3. IBGE. Estudos e Pesquisas: Informações demográficas e sócio-econômicas. Síntese de indicadores sociais 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

4. Rose G, Hamilton PS, Keen H, Reid DD, McCartney P, Jarret RJ. Myocardial ischaemia, risk factors and death from coronary heart-disease. Lancet. 1977; 15; 1(8003): 105-9.

5. Lee KU. Oxidative stress markers in Korean subjetcs with insulin resistance syndrome. Diabetes Research & Clinical Practice. 2001 Dec.; 54 (supl 2): 29-33.

6. Chacra AR, Lerario DDG. Novos avanços na terapia do diabetes do tipo 2. Rev Soc Cardiol SP. 1998 set-out.; 8(5): 914-22.

7. GEIR – Grupo de Estudo da Insulino-Resistência da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Manual sobre INSULINO-RESISTÊNCIA. 2ª Edição. 2006; p.71.

8. Ferreira SRG, Zanella MT. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. Rev Bras Hipert. 2000 abr./jun., 7(2): 128-35.

9. Suplicy HL. Obesidade visceral, resistência à insulina e hipertensão arterial. Rev Bras Hipert. 2000 abr./jun., 7(2): 136-41.

10. Joint National Committee – JNC. The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, treatment of high blood pressure. Archives of Internal Medicine. 1997 nov.; 157(1): 2413-46.

11. Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipert. 2002 out-dez; 9(4): 359-408.

12. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of concentrations of low density cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. Clinical Chemistry.1972 jun.; 18(6): 499-502.

13. American Diabetes Association – ADA. Diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. Diabetes Care. 2004 jan.; 27(supl 1): S5-S10.

14. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2001 nov.; 77(supl 3): 1-48.

15. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentration in man. Diabetol. 1985 jul.; 28(7): 412-9.

16. Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa T. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com Fatores de Risco Cardiovasculares em Servidores da Universidade de Brasília. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(1):26-31.

17. Messerli FH, Garavaglia GE, Schmieder RE, Sundgaard-Riise K, Nunez BD, Amodeo C. Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. Ann Intern Med. 1987; 107: 158-61.

18. Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5): 788-96.

19. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital Brasileira. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(4): 452-7.

20. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide. Hypertension. 2004; 44:398-404.

21. Gus I, Harzheim E, Zaslasvky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2004; 83(5): 424-8.

22. Mill JG, Molina MDC, Silva IO, Marquezine AL, Ferreira AVL, Cunha RS, et al. Epidemiologia da Hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. Rev Hiper Art. 2004; 7(3):109-16.

23. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 973 p.

24. Bosy-Westphal A, Eichhorn C, Kutznert D, Illnert K, Hellert M, Muller Manfred J. The age-related decline in resting energy expenditure in humans is due to the loss of fat-free mass and to alterations in its metabolically active components. J Nutri. 2003 jul.; 133(7):2356-62.

25. Carneiro G. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(3): 306-11.

26. Gould AJ, Williams DEM, Byrne CD, Hales CN, Wareham NJ. Prospective cohort study of the relationship of markers of insulin resistance and secretion with weight gain and changes in regional adiposity. Int J Obes. 1999; 23(12):1256-61.

27. Gus M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Wiehe M, Silva AF. Association between different measurements of obesity and the incidence of hypertension. American Journal of Hypertension. 1998; 17:50-3.

28. Mckeigue PM, Shah B, Marmot M G. Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians. Lancet. 1991 feb.; 337(8738):382-6.

29. Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de Brusque, SC. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(3):219-22.

30. Martins IS, Marinho SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. Rev. Saúde Pública 2003; 37:760-7.

31. Velásquez-Meléndez G, Kac G, Valente JG, Tavares R, Silva CQ, Garcia ES. Evaluation of waist circumference to predict general obesity and arterial hypertension in women in greater Metropolitan Belo Horizonte, Brazil. Cad Saúde Pública. 2002; 18:765-71.

32. Everson SA, Goldberg DE, Helmrich SP, Lakka TA. Weight gain and the risk of developing insulin resistance syndrome. Diabetes Care. 1998 oct.; 21(10):1637-43.

33. Schaan BD, Erno H, Iseu G. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4): 529-36.

34. Reaven GM, Lithell H, Landsberg L. Hypertension and associated metabolic abnormalities – The role of insulin resistance and the sympathoadrenal system. N Engl J Med. 1996; 334: 374-81.

35. Moan A, Nordby G, Rostrup M, Eide I, Kjeldsen SE. Insulin sensitivity, sympathetic activity, and cardiovascular reactivity in young men. Am J Hupertensn. 1995; 8:268-75.

Data de submissão: 16/10/2009
Data de aprovação: 16/6/2011

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HYPERTENSIVE PATIENTS'S PERCEPTION ON NURSE VISITING THROUGH THE FAMILY HEALTH PROGRAM

CONSULTA DE ENFERMERÍA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Anthonia Katilianna Maciel de Carvalho[1]
Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu[2]
Thereza Maria Magalhães Moreira[3]
Maria Albertina Rocha Diógenes[4]
Adelaide Amorim Cavalcante de Abreu[5]
Ana Célia Caetano de Souza[6]
Célida Juliana de Oliveira[7]

RESUMO

O enfermeiro, como integrante da equipe do Programa Saúde da Família (PSF), desenvolve importante papel no acompanhamento da pessoa com hipertensão. Neste estudo, o objetivo foi descrever a percepção dos clientes com hipertensão arterial (HA) sobre a consulta de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em uma unidade da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE. Participaram da pesquisa 13 pessoas portadoras de há, acompanhadas nas consultas de enfermagem. Nas categorias apresentadas, as pessoas relataram que os enfermeiros fazem o seguimento do tratamento farmacológico dos que já possuíam prescrição médica prévia. Os clientes também lembraram que os enfermeiros orientam sobre a importância das modificações no estilo de vida para o controle da hipertensão arterial, solicitam exames, fazem a aferição da pressão arterial, dentre outros aspectos.

Palavras-chave: Enfermagem; Hipertensão; Percepção do Paciente.

ABSTRACT

The nurse as a member of the Family Health Program (FHP) team plays an important role in monitoring hypertensive patients. This study aims to describe the hypertensive patient's perception on nursing consultation. This is a descriptive and qualitative research carried out at a Family Health Program unit in Fortaleza-Ceará. Thirteen hypertensive individuals participated in the study. In the given categories, the patients reported that the nurses performed the pharmacological treatment follow up on those patients that already had a medical prescription. The clients pointed out that, amongst other tasks, the nurses advised on the importance of lifestyle changes for the control of arterial hypertension, requested examinations, and measured the blood pressure levels.

Key words: Nursing; Hypertension; Patients' Perception.

RESUMEN

La enfermera, en tanto que miembro del equipo del Programa Salud de la Familia (PSF), desarrolla un papel importante en la supervisión de la persona con hipertensión. El estudio tiene como objetivo describir la percepción de los clientes con hipertensión arterial (HA) sobre la consulta de enfermería. Se trata de una investigación descriptiva, cualitativa, realizada en una unidad de Estrategia Salud de la Familia en Fortaleza, Ceará. Participaron de la investigación 13 personas portadoras de HA con seguimiento en las consultas de enfermería. En las categorías presentadas, las personas relataron que los enfermeros efectúan el seguimiento del tratamiento farmacológico de los que ya poseían prescripción médica previa. Los clientes también recordaron que los enfermeros orientan sobre la importancia de las modificaciones en el estilo de vida para controlar la hipertensión arterial; además, solicitan pruebas y miden la presión arterial, entre otros.

Palabras clave: Enfermería; Hipertensión; Percepción del Paciente.

[1] Enfermeira. Discente da Especialização em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[2] Enfermeira do Instituto Dr. José Frota (IJF). Doutoranda em Biotecnologia da Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: rita_neuma@yahoo.com.br.
[3] Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. Docente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e do Mestrado em Saúde Pública pela UECE. E-mail: tmmmoreira@yahoo.com.
[4] Enfermeira da Secretaria de Saúde do Ceará. Doutora em Enfermagem. Docente da UNIFOR.
[5] Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Estagiária do Hospital São Mateus – Fortaleza-CE.
[6] Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza e do Hospital Universitário Walter Cantídeo. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. E-mail; anaceliacs@terra.com.br.
[7] Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da FUNCAP. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência – Rua Luiz Tibúrcio, nº 105, Mucuripe – Fortaleza-CE. CEP: 60175551.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema grave de saúde pública tanto no Brasil como no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), 25% das doenças coronarianas e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.[1]

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 18 milhões de mortes ao ano no mundo, sendo as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares responsáveis por dois terços desses óbitos e por, aproximadamente, 22% dos 55 milhões de óbitos por todas as causas.[2] No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo esse percentual elevado para 37%, quando excluídos os óbitos por causas maldefinidas e violência. Cabe destacar que o acidente vascular cerebral é a principal causa de morte em todas as regiões brasileiras.[3]

Segundo dados da Secretaria Estadual do Ceará (SESA), as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de morte no Estado, sendo a doença hipertensiva a responsável pela maioria dos óbitos.[4]

Dado o aumento significativo da morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares, houve por parte do Ministério da Saúde (MS) a preocupação em lançar programas voltados para uma atenção especial à hipertensão, enfocando a Atenção Básica. Põe-se em destaque na Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF), espaço prioritário e privilegiado de Atenção à Saúde que atua com equipe multiprofissional.[1]

É válido acrescentar que cerca de 60% a 80% dos casos registrados de hipertensão arterial podem ser tratados na rede básica, o que comprova a importância e a necessidade do desenvolvimento da equipe multiprofissional que atua nesse serviço.[5]

O PSF, no Brasil, é minimamente composto por uma equipe de saúde, que é formada desde o início de sua implantação por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, e cada profissional possui suas responsabilidades enriquecedoras no controle e prevenção da hipertensão arterial. A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal.[1]

O enfermeiro, como integrante da equipe do PSF, desenvolve importante papel no acompanhamento da pessoa com hipertensão. As atribuições e competências do enfermeiro são: capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde; estabelecer com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão e encaminhar clientes para consulta médica.[1,5] Das atividades citadas, a consulta de enfermagem merece destaque por favorecer a relação profissional-cliente.

A consulta de enfermagem, entendida como uma metodologia do processo de cuidar, envolve as fases de levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência prestada – essas fases são contínuas e inter-relacionadas.[6] Na consulta ao cliente com hipertensão, o enfermeiro deverá realizar a aferição da pressão arterial (PA); verificar a altura, o peso, a circunferência da cintura e do quadril; calcular o índice de massa corporal; investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientar sobre a doença, uso regular de medicamentos prescritos e sobre hábitos de vida pessoais e familiares; solicitar exames mínimos estabelecidos nos consensos e repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.[1,3,5]

O acompanhamento das pessoas acometidas pela hipertensão arterial em consultas de enfermagem despertou nosso interesse em conhecer como os clientes percebem esse tipo de atendimento. Portanto, decidimos realizar este estudo visando responder aos seguintes questionamentos: Quem são as pessoas com hipertensão acompanhadas nas consultas de enfermagem? Como estas pessoas percebem a consulta feita pelo enfermeiro?

O estudo é relevante, considerando o alto percentual de pessoas com hipertensão na população brasileira e mundial e a participação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, favorecendo o controle da doença, a prevenção de sequelas e complicações. Assim, objetivamos descrever a percepção dos clientes hipertensos sobre a consulta realizada pelo enfermeiro.

A temática em estudo foi enfocada durante nossa participação no Grupo de Pesquisa "Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE)", constituindo, assim objeto de estudo dos autores.[7-10]

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em um Centro de Saúde da Família pertencente à Regional V do município de Fortaleza-CE, localizada no bairro Genibaú. A referida instituição foi fundada em 1984. Atualmente, essa instituição pública atende aos seguintes programas: prevenção do câncer do colo do útero e detecção precoce do câncer de mama, pré-natal, planejamento familiar, visita domiciliar, odontologia, puericultura, hanseníase e tuberculose, diabetes e hipertensão, além do programa nacional de imunização. O Centro de Saúde é composto de seis equipes da Estratégia Saúde da Família e funciona nos três turnos, manhã, tarde e noite, sendo que o último turno funciona até as 21 horas. O programa de atenção aos portadores de diabetes e hipertensão funciona com o acompanhamento desses clientes em consulta periódica pelo enfermeiro e pelo médico de cada equipe.

A população do estudo foi constituída por pessoas hipertensas, podendo também ser portadoras ou não de diabetes *mellitus* tipo 2, de ambos os sexos, acompanhadas pelos enfermeiros das seis equipes da Estratégia Saúde da Família. A seleção da amostra foi por conveniência, tendo como critérios de inclusão aceitar participar voluntariamente do estudo e estar cadastrado no programa de diabetes e hipertensão. Assim, 13 mulheres participaram deste estudo e, inicialmente, todas assinaram o Termo de Consentimento informado.

Para a coleta de dados, utilizamos um roteiro estruturado com perguntas abertas e fechadas, divididas em duas partes, considerando as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, renda familiar, grau de instrução, estado civil. A segunda parte versou sobre as variáveis relacionadas à percepção da consulta de enfermagem pelo hipertenso. As entrevistas foram realizadas antes da consulta de enfermagem, no período de julho a setembro de 2008, e gravadas em fita K-7, sendo posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras. Para a organização do material coletado, optou-se por seguir os passos da Análise de Conteúdo de Bardin,[11] procedendo-se à organização das informações por meio de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Dessa forma, emergiram cinco categorias temáticas e duas subcategorias: Categoria 1: Prescrição medicamentosa anti-hipertensiva na consulta de enfermagem; Categoria 2: Orientações realizadas durante a consulta de enfermagem, surgindo as subcategorias 2A: A necessidade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico e 2B: A necessidade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo não farmacológico; Categoria 3: Outros procedimentos realizados na consulta de enfermagem em HAS (verificação de PA e peso; solicitação de exames); Categoria 4: Comunicação como instrumento da consulta de enfermagem em HAS; Categoria 5: Consulta de enfermagem: complemento da consulta médica?

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução nº 196, de 1996.[12] O estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará (FIC), obtendo aprovação sob o nº 057.08. O projeto, antes de ser enviado ao CEP, foi submetido à autorização da instituição para o uso do seu nome. Com o intuito de garantir o anonimato e o sigilo das informações dos participantes do estudo, utilizou-se a nomenclatura "Entrevistada", seguida dos números (1 a 13).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas dos participantes

A idade das entrevistadas variou de 41 a 71 anos, sendo que seis encontravam-se na faixa etária de 41 a 59 e sete entre 60 e 71 anos. Em relação ao sexo, todos os 13 participantes eram mulheres. Do total de participantes, oito referiram renda familiar de até um salário mínimo e cinco recebiam de dois a três salários. A ocupação predominante foi a de doméstica, representando sete do total, seguida de aposentadas ou pensionistas, com quatro participantes, uma cozinheira e uma costureira. Observou-se que as participantes apresentavam baixa escolaridade, pois cinco eram analfabetas, três tinham ensino fundamental incompleto, uma o ensino fundamental completo e outras quatro cursaram o ensino médio.

Quanto ao estado civil, seis eram casadas ou viviam em união estável, enquanto quatro eram viúvas, duas divorciadas e uma solteira.

A idade dos participantes merece atenção, pois, conforme vão se passando os anos, as complicações por causa da doença vão se agravando se não for feito um tratamento adequado. Percebeu-se que houve predominância da população feminina, tendo em vista que as mulheres sempre procuram se precaver com relação aos malefícios advindos da idade.[13]

A baixa escolaridade pode ser um dificultador da adesão ao tratamento, além de que vários estudos associam a baixa escolaridade com a hipertensão arterial. Há uma tendência na queda da média da pressão arterial e na proporção de hipertensos conforme o grau de escolaridade aumenta, devendo ser um aliado aos outros fatores de risco, como a ocupação e a ordem social.[14]

Os dados coletados durante as entrevistas permitiram a organização das seguintes categorias:

Categoria 1: Prescrição medicamentosa anti-hipertensiva na consulta de enfermagem

Sabemos que durante as consultas de enfermagem são realizadas abordagens educativas, como também orientações quanto ao uso da terapia medicamentosa anti-hipertensiva, momento em que o enfermeiro é assegurado por lei a executar a prescrição de fármacos anti-hipertensivos dos pacientes com prescrição médica prévia. Vejamos os relatos que demonstram a atuação do enfermeiro nessa prática:

> *Tem vez que ela passa a receita igual à outra do médico [...]. Eu gosto muito do trabalho dela* (enfermeira), *passa o remédio conforme a doença.* (Entrevistadas 2, 6)

> *Ela só fazia perguntar como é que eu tava, olhava minha pressão, perguntava se eu tô tomando direito os medicamentos, dava mais algumas orientações, passava o remédio pra mais um mês. Sempre eu peço para três meses, porque eu não tenho tempo de ficar vindo*. (Entrevistadas 5, 9, 10)

> *O enfermeiro quando a gente vem pro médico, o médico passa a receita aí quando for no próximo mês que eu vou pra enfermeira ela só faz repetir; se eu precisar tomar outro remédio diferente, se surgir uma dor, uma inflamação uma coisa que ela não resolve, tem que voltar para a sala do médico*. (Entrevistadas 4, 11, 13)

O início e a escolha do tratamento farmacológico anti-hipertensivo são realizados pelo profissional médico, e o enfermeiro participa dessa modalidade de tratamento de várias maneiras, como repetindo a medicação dos clientes controlados e sem intercorrências.[1]

A enfermagem dispõe da Lei do Exercício Profissional nº 7.498\1986 e ao Decreto nº 94.406/1987, que asseguram ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde [...]". Tal prática, dadas as necessidades de saúde da população, vem cada vez mais se constituindo como necessária ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, à efetivação da integralidade e da equidade.[15] Entretanto, vêm surgindo muitos questionamentos em relação à prescrição de medicamentos e à solicitação de exames por enfermeiros do PSF, que os profissionais médicos afirmam ser atribuições específicas de sua profissão.[16]

Ressaltamos que, apesar de o seguimento farmacológico ser uma das atribuições e competências do enfermeiro durante a consulta ao cliente hipertenso, a consulta de enfermagem não deve resumir-se a tal ato como relatado por alguns sujeitos da pesquisa.

Autores defendem a prescrição medicamentosa feita pelo enfermeiro, porém enfatizam que esse profissional não deve tornar a prescrição como o procedimento essencial em seu processo de trabalho, mas, sim, também, as ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de doenças, reabilitação, dentre outras, com o processo de cuidar como a base do trabalho em enfermagem[17].

Categoria 2 – Orientações realizadas durante a consulta de enfermagem

Subcategoria 2A – A necessidade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico

É fundamental a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico pelo cliente hipertenso para o controle dos níveis tensionais e consequente redução na incidência no número de morte por complicações cardiovasculares.[18]

O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, tem papel especial em incentivar o indivíduo à compreensão sobre sua real situação de saúde e de vida, permitindo-lhe refletir sobre a importância da mudança do estilo de vida e o desencadeamento de atitudes que favoreçam sua adesão ao tratamento.[19] Os sujeitos deste estudo reforçaram a participação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na orientação quanto à adesão ao tratamento farmacológico. Vejamos os recortes:

> *Ela orienta, manda tomar o remédio, pergunta se a gente está tomando a medicação certa, na hora certa.* (Entrevistadas, 10, 11)

> *Eu gosto muito dela, e a gente conversa muito sobre vários assuntos, inclusive de saúde, ela me aconselha porque eu não tomo o remédio da diabetes porque eu fui tomar e passei mal, eu sou alérgica a vários remédios, já tive até choque anafilático, passei três dias na UTI do hospital por conta do remédio que o médico passou pra mim. Eu confio plenamente nessa enfermeira.* (Entrevistada 12)

As orientações poderão constituir um facilitador da adesão ao tratamento, pois, segundo o Ministério da Saúde,[1] um número substancial de clientes hipertensos acaba abandonando o tratamento depois de alguns meses, em razão de vários fatores ligados a problemas financeiros ou de falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento por toda a vida. Portanto, a utilização do tratamento medicamentoso é importante e deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde para os necessários ajustes e boa adesão dos usuários, porém, deve ser aliado ao tratamento não medicamentoso, cujo objetivo é minimizar as complicações crônicas para hipertensão e, dessa forma, reduzir a incidência e amenizar os impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos das doenças cardiovasculares.[20]

A consulta de enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida nos programas de saúde. A Consulta de Enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque mais amplo que a anamnese médica. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações adotando, ou não, de taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial. Inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde da clientela, bem como as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde.[21]

Algumas pessoas com hipertensão que participaram do nosso estudo lembraram que os enfermeiros da unidade de saúde reforçam a importância das modificações no estilo de vida para o controle da hipertensão arterial.

Subcategoria 2B – A necessidade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo não farmacológico

> *Ela manda eu fazer caminhada, tomar os remédios direitinho, eu não tenho que dizer nada das enfermeiras, até hoje sempre me trataram bem. Mede a pressão, faz umas perguntas sobre a saúde, o que eu estou sentindo, se eu estou tomando os remédios, conversa sobre a alimentação, se eu tenho me aborrecido, aí já deixa marcada minha volta [...].* (Entrevistada 1)

> *Ela diz também o que a gente deve comer e que a gente não deve comer coisa salgada, coisa que engorde. Atividade física também ela procura saber, no meu caso, ela sempre quer saber se eu to fazendo caminhada, se eu faço alguma atividade como hidroginástica [...] aí torna a advertir a gente a ter cuidado, na alimentação*

comer frutas, verduras, não comer mais coisa salgada, comer muito bagulho, que a gente gosta muito de fritura. (Entrevistadas 2, 9, 10, 11)

Ela me aconselha sempre a fazer caminhada, não outro tipo de esporte porque eu tenho problema cardíaco, aí ela disse que caminhar tá bom (Entrevistada 12).

De acordo com o Ministério da Saúde, modificações no estilo de vida, em especial no que se refere aos hábitos alimentares, diminuição de peso, redução da ingesta de sal e álcool, bem como a adoção de atividades físicas, são fatores que auxiliam na redução da pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares graves. O profissional de saúde deve informar sobre as consequências da doença não tratada ou inadequadamente tratada, dentre outros sapectos.[5]

Em estudo[7] realizado em Fortaleza-CE com 13 enfermeiros do PSF sobre os aspectos contemplados na consulta de enfermagem identificou-se que, em 34 consultas, houve a adoção de algum cuidado de enfermagem, seja de transcrição medicamentosa, seja de educação em saúde. Observou-se que maior parte dos cuidados sugeridos (32) incidia em orientações individuais aos clientes.

Cumpre destacar que a mudança de comportamento alimentar é fundamental para a estabilização ou a normalização dos níveis de pressão arterial, uma vez que se reconhece o papel da obesidade na elevação da pressão arterial, o mesmo acontecendo em relação ao exagerado consumo de sal. Portanto, é imperiosa a implementação de medidas que estimulem ou facilitem a adesão das pessoas com hipertensão arterial a novos hábitos de alimentação que sejam mais salutares. No entanto, o tema deve ser abordado em um contexto mais amplo, levando em consideração, dentre outros aspectos, aqueles relacionados com a cultura, a crença e os valores pessoais.[22]

É necessário que a enfermeira busque estratégias para estimular a mudança de estilo de vida por parte do cliente, pois a adoção apenas de medidas de orientação não é suficiente para que as pessoas mudem o comportamento.

Categoria 3 – outros procedimentos realizados na consulta de enfermagem em HA (verificação de PA e peso, solicitação de exames)

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro, além de abordar os fatores já citados, poderá solicitar exames estabelecidos nos programas de saúde, aferir a pressão arterial, a circunferência abdominal, o peso, a altura, dentre outros aspectos[5]. Neste estudo, alguns pacientes relataram a aferição da pressão arterial, solicitação de exames e peso, conforme as falas a seguir:

Ela pergunta se eu me pesei, se eu tirei a pressão, essas coisas aí que ela pergunta; só isso mesmo, se precisar fazer exame de sangue ela passa exame e eu faço, entrego para ela e ela passa para o remédio. (Entrevistadas 2, 4, 6)

Sempre faço os exames de rotina que ela pede; ela solicita, o médico carimba e eu faço os exames, e de três em três meses ela pede a glicemia, que eu sou diabética também, pede o hemograma completo, colesterol total todos esses exames de rotina e continuo sendo acompanhada por ela, só com ela; ainda não consegui falar, conversar mesmo, com o médico. (Entrevistada 12)

De acordo com a *IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose*,[23] o excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica, obesidade denominada do tipo central, visceral ou androgênica, constitui o maior risco de doença aterosclerótica. Além disso, no geral, os indivíduos com esse tipo de obesidade apresentam dislipidemia, resistência a insulina e hipertensão arterial sistêmica, condições que, em conjunto, caracterizam a síndrome metabólica. Essa síndrome é uma condição de caráter progressivo que pode aumentar a mortalidade geral em 1,5 vez e a cardiovascular em 2,5 a três vezes,[3] o que confirma a importância da avaliação da circunferência abdominal, peso e altura com cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) pelos enfermeiros.

A realização de exames é condição essencial na identificação, principalmente, de lesões em orgãos-alvo. Assim, há necessidade de o enfermeiro detectar os dados hemodinâmicos e interpretá-los com segurança, o que requer um conhecimento tanto teórico como prático por parte desse profissional, visualizando o indivíduo como um todo. O enfermeiro é um profissional que deve estar apto para executar medidas profiláticas nas consultas de hipertensão.[24]

Categoria 4 – Comunicação como instrumento da consulta de enfermagem em HAS

A comunicação é um instrumento indispensável para assistência à saúde em todos os momentos, seja durante atividades educativas, por ocasião da consulta no ambulatório, seja em visitas domiciliares.[25] A importância da estratégia da comunicação do enfermeiro com a clientela evidenciou as seguintes colocações:

Quando eu estava nervosa, que eu ia e desabafava com ela, ela me aconselhava, conversava, terminava eu rindo; em vez de eu chorar eu ria. Eu acho ótima a consulta, não tenho nada contra, não; para mim é muito boa. (Entrevistada 7)

Ela é importante porque ela é muito educada. Eu acho muito bonita a pessoa que recebe o outro bem, ou velho ou novo, seja ele qual for, ela recebe muito bem a gente. (Entrevistada 8)

A consulta de enfermagem constitui um espaço favorável para o cliente expor suas queixas, para a identificação das suas reais necessidades pelo enfermeiro, além de consistir num processo educativo que envolve não somente o indivíduo, mas sua família, proporcionando-lhe a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde.[13]

Na abordagem educativa, tanto as informações verbais como as escritas são importantes. Muitas vezes, apenas a informação verbal não é suficiente dado o fato de o cliente priorizar somente aquelas informações que reconhece como necessárias. Existe, ainda, a possibilidade de ele não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la, por isso o fornecimento de informações escritas tem-se tornado um instrumento efetivo de apoio às orientações verbais ministradas a respeito das medicações.[26] Cabe ressaltar que as orientações verbais representam uma excelente estratégia durante as consultas de enfermagem com pessoas de baixa escolaridade.

Os dados apresentados nesta pesquisa referem-se a algumas das atividades realizadas pelo enfermeiro e por outros profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família. As atividades citadas pelos participantes estão previstas nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3] e no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes do Ministério da Saúde,[5] porém, sabemos a importância do trabalho multidisciplinar para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo.

Categoria 5 – Consulta de enfermagem: complemento da consulta médica?

Alguns sujeitos da pesquisa apresentaram uma visão reducionista da consulta de enfermagem como apenas uma complementação do trabalho do médico:

> *Ela me ajuda porque, às vezes, antes ela vai me avisar que o médico vai, e me prepara para quando ele chegar eu já estar no ponto esperando* (Entrevistada 2).

> *É assim, o médico atende a gente, pede exame e tudo, quando ele acha que a gente não precisa da assistência dele, porque há outros, então ele passa para enfermeira, aí ela vai ficar acompanhando a gente. Ela é importante porque ela faz quase as mesmas coisas do médico: ela ver se a gente está tomando os remédios direito, se a gente tem exame para entregar para o médico. A gente diz que tem e ela olha, se ela acha que o médico deve olhar também ela avisa para gente, senão ela explica tudo bem direitinho, passa o remédio.* (Entrevistada 10)

A consulta de enfermagem direciona as ações de enfermagem dispensadas ao cliente, estando fundamentada na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas. A consulta de enfermagem pode ser definida como "atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente".[27]

A hipertensão, por ser uma doença multifatorial, envolvendo orientações voltadas para vários objetivos, exige diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional, proporcionando uma atenção diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovasculares.[3]

Trabalhar em equipe multiprofissional pressupõe que o cliente é um sistema psíquico e somático e que um só profissional não poderá atender a todas as suas necessidades. A equipe de saúde não somente proporciona melhores cuidados ao cliente, como também oferece melhores condições de trabalho a todos.[28] Assim, ressaltamos que a atuação do enfermeiro está bem estabelecida na equipe multiprofissional. Esse profissional, além de realizar a consulta de enfermagem, atua como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas com hipertensão, seus familiares e com a comunidade.[3,5] Santos[29] complementa que existe, por parte da população, desconhecimento das funções que cada profissional exerce no acompanhamento do tratamento, constituindo, talvez, a causa dos relatos acima apresentados.

Portanto, a consulta de enfermagem supõe a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. Com base nos diagnósticos efetivados, o enfermeiro adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação.[22] Assim, destacamos a necessidade de sistematizar a consulta de enfermagem, cuja finalidade, dentre outras, é dar à atividade caráter profissional, organizar a abordagem ao cliente e definir a competência da enfermeira.[22]

CONCLUSÃO

Nas categorias apresentadas, as pessoas relataram muito sobre o tratamento medicamentoso, o qual, por algumas vezes, ficou em destaque durante a consulta de enfermagem. Sabemos que o enfermeiro pode realizar o seguimento farmacológico anti-hipertensivo, mas essa não deve ser a conduta fundamental, pois a educação em saúde deve ser realizada em conjunto com o tratamento farmacológico. Identificamos, também, que o estímulo, durante as consultas, da participação da família da pessoa com hipertensão não foi relata pelos sujeitos do estudo. A abordagem educativa exclusivamente individual pode tornar a orientação uma atividade repetitiva sem inovação.

O enfermeiro, na voz dos usuários, participa de seu tratamento de várias maneiras: conversando, acolhendo, solicitando exames, incentivando o tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão, dentre outros aspectos, o que confirma a importância desse profissional como um dos membros da equipe mínima de funcionamento da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006. 58p.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004. 185p.

3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC; 2006.

4. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Manual das equipes de saúde da família. 2ª ed. Fortaleza: SESA; 2004.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

6. Fernandes MGM, Alexandre AP, Silva KI. Consulta de enfermagem ao idoso: um guia par atuação do enfermeiro. Âmbito hospitalar; 1998.

7. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):620-7.

8. Moreira TMM. Cuidando de pessoas com hipertensão arterial. In: Kalinowski CE, organizadora. Programas de atualização em Enfermagem. Porto Alegre(RS): Artmed; 2007. p.77-108.

9. Moreira TMM, Soares EC, Oliveira CJ, Abreu RNDC. Fatores relacionados ao controle ineficaz do regime terapêutico em idosos com hipertensão: análise em uma unidade asilar de Fortaleza. Nursing. 2008; 11(126):507-12.

10. Abreu RNDC, Moreira TMM. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004. Rev RENE. 2007; 8(2):60-8.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.

13. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz AM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005 jul-set; 14(3):332-40.

14. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latinoam Enferm 2002; 10(3):415-22.

15. Ximenes Neto FRG. Refletindo sobre a questão da prescrição de medicamentos. Editorial. Rev Bras Enferm. 2007 mar-abr; 60(2):129-30.

16. Carneiro AD, Morais GSN, Costa SFG, Batista PSS, Costa KC. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. Rev Eletr Enf. 2008; 10(3):756-65.

17. Ximenes Neto FRG, Costa FAM, Chagas MIO, Cunha ICKO. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007 mar-abr; 60(2):133-40.

18. Araújo GB, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletr Enf. 2006; 8(2):259-72.

19. Castro ME, Rolim MO, Maurício TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2):184-9.

20. Siqueira SMF, Lima MP, Cunha DCP, Lemos ACSF, Pereira JR, Lima PL. A consulta de enfermagem como estratégia para a mudança no estilo de vida de pacientes hipertensos. REME – Rev Min Enferm. 2007; 2(3):331-7.

21. Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RM e L Gráfica; 1996.

22. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(2):127-34.

23. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2007 abr; 88(Sup.I).

24. Araújo TL, Arcuri EAM, Martins E. Instrumentação na medida da pressão arterial: aspectos históricos, conceituais e fontes de erro. Rev Esc Enf USP. 1998; 32(1):33-41.

25. Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília(DF): Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo; 2001.

26. Silva T, Dal-pizzol F, Bello CM, Mengue SS, Schenkel EP. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. Rev Saúde Pública. 2000 abr; 34(2):184-9.

27. Comitê de Consulta de Enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 1979; 32:407-8.

28. Souza ALL, Jardim PCBV. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – relato de experiência. Rev Latinoam Enferm. 1994; 2(1):232-8.

29. Santos MR. Atribuições legais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: dificuldades e facilidades. Boletim da Saúde. 2003;17(2):37-40.

Data de submissão: 19/1/2010
Data de aprovação: 29/4/2011

CONCEPÇÕES DE CUIDADO POR CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

FORMAL CAREGIVERS CARE CONCEPTS OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN A NURSING HOME

CONCEPCIONES DE CUIDADO DE CUIDADORES FORMALES DE PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS

Chrystiany Plácido de Brito Vieira[1]
Emiliana Bezerra Gomes[1]
Ana Virginia de Melo Fialho[2]
Lúcia de Fátima da Silva[2]
Maria Célia de Freitas[3]
Thereza Maria Magalhães Moreira[4]

RESUMO

Em razão do aumento progressivo da população idosa e da complexidade que envolve o processo de cuidar do idoso em instituição de longa permanência, exige-se do cuidador formal preparo e conhecimentos específicos. Este estudo foi realizado com o objetivo de conhecer as concepções de conceito de cuidar formuladas por cuidadores formais de idosos em uma instituição asilar do município de Fortaleza-CE, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, realizado com sete cuidadores formais de uma instituição de longa permanência, no mês de julho de 2009. Os dados foram coletados por meio da gravação de entrevistas semiestruturadas e examinados mediante análise temática de conteúdo. Quanto à caracterização dos participantes do estudo, a idade variou entre 20 e 40 anos, predominaram cuidadores do sexo feminino, residentes em Fortaleza, casados, com escolaridade de até dez anos de estudos, e aqueles com um a dois anos de tempo na função. Dos depoimentos, emergiram cinco categorias temáticas que configuram a concepção de cuidar desses cuidadores: cuidado como técnica/assistência; cuidado como interação; cuidado como subjetividade; cuidado como atitude; cuidado como descaracterização do sujeito. Percebeu-se a dificuldade de esses cuidadores compreenderem a amplitude do conceito de cuidado, evidenciado pela tendência em reduzir a prática de cuidar a mera execução de procedimentos técnicos, assim como pela fragmentação do cuidado, o que pode contribuir para a desvalorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Palavras-chave: Idoso; Cuidado; Cuidadores; Institucionalização.

ABSTRACT

Due to the gradual increase in elderly population and the complexity of the process of taking care of long-stay nursing home residents, the formal caregiver is expected to be prepared and to have specific knowledge in the area. This study intended to identify the concepts in elderly care conveyed by formal caregivers in a nursing home located in the municipality of Fortaleza-CE, Brazil. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach that was carried out in July 2009 with seven formal caregivers in a long-term nursing home. The data were collected via semi-structured interviews and analysed by thematic content analysis. The nurses participating in the study were aged between 20 and 40 years old, mostly female, living in Fortaleza, married, with up to 10 years of formal education, and 1 to 2 years working experience in the area. Five thematic categories configuring these nurses' views on elderly care emerged from the interviews. Elderly care is perceived as: technique/assistance; interaction; subjectivity; attitude; and subject de-characterization. The nurses' tendency to confine the care practice to the mere execution of technical procedures highlighted their difficulty to understand the concept of care in a broader sense. This aspect along with the fragmentation of patient care can contribute to the devaluation of the professionals involved in the process.

Key words: Elderly people; Care; Caregivers; Nursing Care Homes

RESUMEN

El cuidador formal de ancianos en centros de atención de larga duración debería estar muy bien preparado y tener conocimientos específicos debido al aumento progresivo de la población anciana y de la complejidad del proceso de cuidar. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo exploratorio llevado a cabo en julio de 2009 con siete cuidadores formales de un centro de atención de larga duración de la ciudad de Fortaleza, Brasil. Su objetivo fue conocer la concepción de atención de dichos cuidadores. Los datos fueron recogidos y grabados en entrevistas semiestructuradas y analizados según su contenido. La edad de los participantes del estudio varió entre 20 y 40 años, hubo predominio de cuidadores del sexo femenino, residentes en Fortaleza, casados, con hasta 10 años de estudio y entre uno y dos años en el cargo. De las entrevistas surgieron cinco temas que configuran el concepto de cuidado de estos cuidadores: como técnica/atención, interacción, subjetividad, actitud y descaracterización del sujeto. Se observó la dificultad de los cuidadores para comprender la amplitud del concepto de cuidado en la tendencia a reducir la práctica de cuidar a la mera ejecución de procedimientos técnicos y a la fragmentación de la atención, lo cual podría contribuir a la desvalorización de la profesión.

Palabras clave: Anciano; Cuidado; Cuidadores; Institucionalización.

[1] Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente e Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e do Mestrado em Saúde Pública pela UECE. Pesquisadora do CNPq. Endereço para correspondência – Rua Anfrísio Lobão 1235, apto. 501, Jóckey – Teresina-PI. CEP: 64.049-280, E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional está cada vez mais presente tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, tal como no Brasil. Esse expressivo aumento da população idosa vem ocorrendo dadas as melhorias das condições de vida que resultaram no aumento da expectativa de vida das pessoas.

Esse envelhecimento populacional acarreta uma série de alterações na organização da dinâmica pessoal, familiar, social e profissional, o que influencia o desenvolvimento de uma sociedade e motiva a necessária readaptação de políticas públicas ligadas ao ambiente laboral, à saúde e à segurança social da pessoa idosa.[1]

Associada a essa transformação do perfil demográfico, ocorreu, paralelamente, a transformação do perfil epidemiológico da população brasileira, o que tem ocasionado, também, o aumento de doenças crônico-degenerativas, as quais, eventualmente, podem comprometer a autonomia das pessoas idosas.[2]

Desse modo, cada vez mais se torna necessário repensar as políticas e práticas de assistência e cuidado à pessoa idosa.

Na gerontologia, há um consenso de que o cuidado à pessoa idosa pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e instituições de saúde. Nesse contexto, surge a figura do cuidador, aquela pessoa que presta cuidados para suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva da pessoa idosa.[2]

De acordo com o vínculo, os cuidadores recebem diferentes denominações. Os cuidadores formais compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob forma de prestação de serviços e cuidadores informais, os familiares, os amigos, os vizinhos, os membros da igreja, dentre outros.[3]

Além dessa classificação, há também a de cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pela pessoa idosa, pelo cuidado e pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas não possuem nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não possuem responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas especializadas, como compras, pagamentos de contas e recebimento de pensões.[4]

Em relação à prestação de cuidados, existe um consentimento de que o contexto familiar da pessoa idosa pode promover melhores condições de cuidado, embora, atualmente, haja um crescente abandono deles por seus familiares.

Sabe-se que é principalmente na família que a pessoa idosa encontra apoio, cuidado e proteção, no entanto, o custo oneroso do cuidado para as famílias, associado às mudanças dos seus valores, tem ocasionado a frequente institucionalização desse idoso, que se torna dependente por motivos físico-funcionais, afetivos ou financeiros, bem como pelo crescente abandono pelos próprios familiares.[5]

Essa atenção e esse cuidado à pessoa idosa nas instituições de longa permanência preenchem a lacuna aberta pela impossibilidade da família de atender às necessidades de seus idosos. Isso se ocorre quer pela falta de condições socioeconômicas, que não permitem manter o seu ente no lar, junto da família, quer por exigências e incompatibilidades das sociedades atuais no que se refere à organização da família, pela falta de políticas públicas que visem apoiar a pessoa idosa e seus familiares no cumprimento de seu papel.[1]

Nesse contexto, as instituições de longa permanência aparecem como uma alternativa, que, às vezes, é contestada pelos significados de abandono e maus tratos que as acompanham. Quando não existem possibilidades de manutenção que permitam a aproximação da pessoa idosa a seus familiares, as instituições de longa permanência representam alternativas que visam complementar e nunca substituir a ação da família, procurando encontrar medidas e formas de prevenção e intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados ao idoso que tenha em conta sua individualidade e suas necessidades.[1]

No entanto, não há como negar que muitas das instituições de longa permanência estão sofrendo momentos críticos, incluindo a falta de infraestrutura física e até o insuficiente número de cuidadores qualificados. A formação de recursos humanos em gerontologia diz respeito diretamente à qualidade de vida da pessoa idosa, decorrente da relação entre as condições físicas, competências comportamentais da pessoa idosa e condições ambientais, pois um ambiente que apresenta recursos físicos e humanos responsivos e adequados às condições funcionais e comportamentais da pessoa idosa propiciando-lhe uma adaptação positiva.[6]

A maioria das instituições brasileiras de ensino superior ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas consequências nos campos político, econômico, social e da saúde, denotado pela escassez de recursos técnicos e humanos capacitados. Por conta disso, a capacitação de recursos humanos especializados para atenção à saúde da pessoa idosa é uma das diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), a qual perpassa por todas as demais diretrizes, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial e de responsabilidade das três esferas de governo.[7] Estabelece, ainda, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias.[7]

Nesse cenário, o atendimento às pessoas idosas em instituições de longa permanência passa a ser uma preocupação, uma vez que as ações de cuidado são frequentemente realizadas por trabalhadores não

qualificados, sem nenhuma formação profissional ou capacitação para o cuidado, que, como se vê, exige algumas qualidades, dentre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica.[8] Como esse tipo de relação terapêutica abrange todas as dimensões da existência da pessoa idosa e envolve sentimentos sobre velhice e cuidado, se forem negativos por parte do cuidador, podem comprometer o cuidado prestado.

Esses aspectos reforçam a necessidade de o profissional enfermeiro no contexto das instituições atuar no cuidado direto e, também, no gerenciamento da assistência de enfermagem e nas tarefas de educação permanente em serviço.[9]

Por reconhecer a importância da qualificação dos cuidadores formais para a qualidade do cuidado prestado à pessoa idosa e partindo das necessidades impostas pela realidade das instituições de longa permanência, entende-se que a concepção dos cuidadores formais sobre os cuidados prestados é um elemento importante para atuar nos processos de formação e qualificação deles.

Dessa forma, com base nessa problemática, objetivou-se conhecer as concepções de cuidado formuladas por cuidadores formais de idosos em uma instituição asilar do município de Fortaleza-CE, Brasil.

Acredita-se que este estudo possibilitará ao enfermeiro uma reflexão sobre sua prática na formação/educação de cuidadores em meio ao envelhecimento populacional e às políticas de saúde, bem como ao cuidado prestado à pessoa idosa institucionalizada.

PERCUSSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado com cuidadores formais de uma instituição asilar de longa permanência do município de Fortaleza-CE, Brasil. Optou-se por esse tipo de estudo por considerar que o objeto desta pesquisa se circunscreve ao âmbito das ideias, pois dessa forma as questões subjetivas envolvidas nesta pesquisa seriam abordadas com mais precisão.

O cenário da pesquisa foi uma instituição asilar de longa permanência, localizada em Fortaleza-CE, Brasil, abrigo destinado a pessoas idosas abandonadas por familiares e/ou vítimas de maus tratos. São 117 leitos mantidos pelo Estado, sendo a instituição de referência vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará. Possui quadro de profissionais formado por enfermeiros, técnicos de enfermagem, cuidadores formais, médicos nas especialidades de psiquiatria e cardiologia, odontólogo, assistente social, fisioterapeuta, pedagogo, economista doméstico, farmacêutico e nutricionista. São 15 os cuidadores formais, 9 mulheres e 6 homens, distribuídos em plantões de 12 horas em dias alternados. São pessoas leigas, contratadas sem capacitação para tal atribuição, adquirindo-a após a realização de cursos voltados para o cuidado de pessoas idosas oferecidos pela instituição ou pela sociedade.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas durante o mês de julho de 2009. As entrevistas foram gravadas e realizadas, na própria instituição, pelas pesquisadoras, em horário previamente agendado, conforme liberação da diretora administrativa, responsável pelo serviço e anuência dos participantes.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro constituído de duas partes: a primeira referente à caracterização do cuidador (idade, sexo, procedência, estado civil, anos de estudo, cursos de capacitação realizados, tempo na função de cuidador formal, tempo de serviço na instituição, outros empregos e remuneração) e a segunda, à percepção do cuidador sobre o conceito de cuidado.

Fizeram parte do estudo sete cuidadores formais primários. Foram critérios de inclusão: ser cuidador, ter vínculo formal com a instituição e estar exercendo a função no período de coleta de dados. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos do estudo foram identificados pela letra C, de cuidador, seguida por números de um a sete (C1..., C7).

O fechamento amostral deu-se por saturação teórica, que é definido operacionalmente como a suspensão de inclusão de novos participantes, pois as informações que seriam fornecidas por eles pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados.[10]

Os dados foram examinados com base nos pressupostos da análise de conteúdo temática.[11] Para tanto, inicialmente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, após exaustivas leituras, foram organizadas de acordo com os núcleos temáticos com base no significado central dos depoimentos, emergindo, assim, as categorias temáticas, de acordo com os objetivos e a fundamentação teórica propostos.

O desenvolvimento do estudo obedeceu às prerrogativas da Resolução nº 196/96, que dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos,[12] fazendo parte do projeto de pesquisa "Cuidados clínicos de enfermagem a idosos residentes em instituição de longa permanência: tecnologias interventivas", avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Parecer nº 08386825-9, de 23/9/2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados que emergiram das entrevistas foram organizados em duas partes: caracterização dos cuidadores e concepção dos cuidadores formais sobre o conceito de cuidado.

Caracterização dos cuidadores

Sobre a caracterização dos cuidadores formais que participaram do estudo, pode-se afirmar que apresentavam idade entre 20 e 40 anos. Quatro eram do

sexo feminino; apenas dois residiam fora de Fortaleza; quatro eram casados, possuíam até dez anos de estudo e um tinha concluído ensino superior; seis tinham realizado cursos de capacitação em uma média de dois cursos; cinco tinham de um a dois anos de tempo na função e dois já trabalhavam na instituição há mais de dez anos; somente um tinha outro emprego; e seis recebiam somente um salário mínimo.

O grupo dos cuidadores que participaram deste estudo foi constituído por cuidadores formais leigos, o que se assemelha a outras instituições, em que, em sua maioria, o grupo de trabalhadores é constituído por atendentes ou cuidadores leigos e um auxiliar ou técnico em enfermagem que assume as funções do enfermeiro.[8] A instituição do estudo possui uma realidade diferenciada, pois seu quadro é constituído de quatro enfermeiros (um a cada plantão de 12 horas) e dez técnicos de enfermagem (seis diurnos e três noturnos), com funções bem definidas.

Cabe aos cuidadores formais, na instituição do estudo, a realização de banho em pessoas idosas estáveis, troca de fraldas, alimentação via oral, companhia, deslocamento, dentre outras, não realizando procedimentos de enfermagem como curativos, administração de medicação, verificação e monitorização dos sinais vitais.

Em relação ao gênero, observou-se que a maioria dos cuidadores entrevistados era do sexo feminino, o que pode ser explicado pelas raízes históricas e culturais do cuidar que estimulam a prática de mulheres em cuidar de seus filhos como uma facilidade na adaptação a uma nova atividade de cuidar, além da relação afetiva das mulheres com esse processo, o que contribui para a humanização.[13]

Quanto ao estado civil, por existir uma lacuna na literatura em relação aos dados sobre o estado civil dos cuidadores de idosos, fica difícil realizar uma comparação com outros estudos.[13] Neste trabalho, constatou-se que a distribuição foi semelhante entre solteiros (três) e casados (quatro), fato explicado pela distribuição dos cuidadores na faixa etária de adultos jovens.

Ainda em relação à idade, vale destacar que esse fator tem influência sobre a atividade do cuidador, pois essa função exige esforço físico por causa da dependência das pessoas idosas em relação às atividades de vida diária, o que restringe e limita o tempo de trabalho desses profissionais em razão do desgaste físico que ele produz.[13] Mas não se pode desprezar o fato de que uma idade avançada do cuidador tenha aspectos positivos no ato de cuidar, pois sua experiência de vida, valores e crenças adquiridos com a maturidade pessoal e profissional influenciam na sua atuação.

Quanto aos anos de estudo, a maioria possui até o ensino médio. Esses cuidadores relataram que tinham recebido informações e noções básicas a respeito do cuidado à pessoa idosa em cursos fora e na própria instituição, em parceria com as universidades que utilizam o local como campo de ensino na área do cuidado gerontológico. Esses dados só reforçam a necessidade da discussão, elaboração e implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas para a capacitação dos cuidadores de pessoas idosas das instituições de longa permanência.

A baixa remuneração pode incentivar os cuidadores a buscar uma forma de complementação salarial, contribuindo para o estresse profissional, no entanto isso não foi constatado neste estudo, em que apenas um possui outro emprego, permanecendo a dúvida sobre sua execução na função de cuidadora seja pela forma de complementação de renda ou forma de manutenção de um emprego público, ou, ainda, pelo aspecto humano e solidário.

Concepções sobre o cuidado

Dos depoimentos dos sete cuidadores, após análise e interpretação, emergiram cinco categorias temáticas, as quais configuram a concepção desses cuidadores sobre o conceito de cuidado que prestam às pessoas idosas na referida instituição.

Cuidado como técnica

Essa categoria surgiu em razão da quantidade expressiva do conceito de cuidar como execução de atividades direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa, com vista à promoção da saúde. Os relatos permitiram a concentração das práticas do cuidador formal em dois aspectos: o controle do estado de saúde da pessoa idosa no aspecto físico e a oferta de cuidados para atendimento das necessidades básicas.

A ênfase no cuidado físico ocorre em detrimento do modelo assistencial de saúde centrado na doença, o que, ainda, permeia a prática desses cuidadores. Nessa perspectiva, os cuidadores percebem a necessidade de cuidado com base na condição de saúde apresentada, exercendo um controle sobre o estado de saúde da pessoa idosa, por perceberem o declínio de determinadas habilidades funcionais. Esse controle se manifesta mediante práticas de vigilância, de intervenção nos hábitos de vida das pessoas idosas ou evocação de atitudes responsáveis, direcionadas ao desempenho satisfatório do idoso voltado para o autocuidado:

> *Cuidado que eu acho é suprir as necessidades básicas e mais importantes deles, que é o cuidado físico [...]. A questão de querer que a gente ajude ele, no cigarro, a gente fica ensinando que faz mal, que não fume, que não faça isso [...], que isso faz parte da saúde dele. Porque se eles não praticarem isso eles não vão viver mais anos ainda.* (C6)

Geralmente, as ações do cuidado destinam-se à prevenção de complicações e à manutenção da saúde e promovem maior controle em relação, por exemplo, à administração da medicação de uso contínuo, à dieta e à sequência dos tratamentos que requerem a utilização de cuidados formais.

Assim, a oferta de cuidados para o atendimento das necessidades básicas esteve presente em todos os depoimentos. Os cuidadores iniciaram a fala sobre o que entendiam sobre cuidado ou se resumiram somente nessas atividades, as quais se referem às suas atribuições no abrigo.

> *Cuidado também como higiene pessoal. Unha é a gente que corta. Barba é a gente que faz, depilação... essas coisas. Eu acho que é assim*. (C5)

> *É dar banho direito, é cortar as unhas, é tirar uma barba, é trocar uma fralda, é dar comida, é alimentação; é só isso mesmo*. (C7)

Vale destacar o depoimento do C7, que relatou como cuidado somente essas atividades, ou seja, a pressuposição de que a experiência de vida poderia estar ampliando sua visão de cuidado e melhorando sua relação com a pessoa idosa, pois o que se percebe é a tecnificação do cuidado, ação ainda tão presente no modelo biomédico vigente. Isso remete à discussão sobre os princípios que constituem o fazer cotidiano e a formação profissional.

Não se pode negar que a experiência contribui sobremaneira para a prática. Reforçada pelo conhecimento formal adquirido, por exemplo, por meio de cursos de capacitação, a experiência adquirida é capaz de estabelecer relações, hipóteses, julgamentos, deduções e ações.[14]

Outro cuidador relatou uma experiência anterior de cuidado de pessoa idosa que o motivou a continuar nessa profissão, reforçando a experiência adquirida como aspecto positivo e a busca de aprimoramento da prática.

> *Antes de eu entrar aqui eu fui cuidador da mãe da minha mulher, cuidei muitas vezes [...]. Eu tinha um pouco, mas agora eu tenho muito conhecimento, porque à medida que cuido vou aprendendo com eles e com os colegas*. (C3)

O cuidar da pessoa idosa, na saúde e na doença, envolve procedimentos complexos e específicos, e para que o cuidador leigo possa desenvolvê-los, mesmo nos aspectos mais básicos, necessita de um treinamento demarcado e acompanhado pelo enfermeiro.[15]

Os cuidadores que participaram deste estudo reconhecem a importância dos cursos de capacitação que já realizaram, principalmente para o aprimoramento das atividades relacionadas ao atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa, ações consideradas como principais no cotidiano do cuidar, como para prevenir complicações que demandariam mais cuidados:

> *Também no curso foi falado muito sobre isto: higiene pessoal, que tem uns se a gente não banhar direito, fizer o asseio direito cria escara, aí tanto é ruim pra eles como é ruim pra gente, porque aumenta muito mais nosso serviço*. (C5)

A realização de cursos de capacitação é, sem dúvida, algo muito importante para o trabalho desses cuidadores, haja vista que o aperfeiçoamento de conhecimentos e de técnicas também é necessário para que o cuidado seja prestado com qualidade, principalmente nessa situação em especial, cujos cuidadores são pessoas sem capacitação específica, uma vez somente o "fazer por fazer" não se faz suficiente, pois cuidar envolve técnica, sentimentos, atitudes e interação com a pessoa cuidada.

Cuidar é arte e envolve, fundamentalmente, uma práxis, o que significa fundamentar-se no fazer, tornando o conhecimento da técnica na ação de cuidar básico. A intuição e a sensibilidade também são importantes uma vez que requerem a condição humana, isto é, interação.[16]

Cuidado como interação

É preciso lembrar que para cuidar da pessoa idosa institucionalizada não é suficiente apenas dedicação e atendimento das suas necessidades básicas. Cuidar do outro pressupõe atenção às suas necessidades e, também, à sua individualidade. A dimensão do cuidado está fundada no ser-com-o-outro, tornando-se presente na e por meio da relação que o encontro inter-humano proporciona entre o cuidador e a pessoa cuidada.[1]

Para tanto, o reconhecimento do outro (a pessoa idosa) como ser humano é fundamental para se desenvolver um cuidado centrado na interação e não somente na técnica:

> *Eu vejo assim pelo lado que não tanto pelo trabalho, pela profissão que estou exercendo que é cuidar do idoso, mas pelo lado humano*. (C4)

Repensar as práticas de cuidado e a consequente humanização da prestação de cuidados à pessoa idosa institucionalizada implica a consideração da dimensão do cuidado na relação inter-humana. A cuidadora, ao cuidar, relaciona-se com o outro ser, exprimindo seu conhecimento e sensibilidade, demonstrando habilidade, técnica e espiritualidade, ajudando-o a crescer.[1-14]

Nessa interação, várias ações são importantes e uma delas é o diálogo. Neste estudo, muitos cuidadores destacaram a importância da conversa no ato de cuidar e como forma de melhorar a relação com a pessoa idosa:

> *É uma questão também de conversar [...]. Quanto mais a gente dá atenção a ele, mais ele vai abrindo mais a mente; assim, às vezes ele quer conversar porque não tá entendendo e aí vai você fica conversando, e aí às vezes se sente até bem, até melhor quando você conversa, quando se distrai com ele*. (C1)

Como interação com o ser humano, o processo de cuidar é um diálogo, mas não somente de palavras, e sim de presenças. Nesse processo, a linguagem não verbal (gestos, olhar, silêncios, toque) ocupa lugar importante no ato de cuidar. Por isso, cuidar consiste, basicamente,

em escutar, em ser receptivo às necessidades do ser cuidado.[16]

Quem cuida determina a direção do crescimento de quem é cuidado porque, para cuidar, deve-se conhecer os poderes, as limitações, as necessidades e o que conduz ao crescimento do outro.[1] Um depoente relatou a importância da interação com a pessoa idosa não somente para o seu crescimento, mas também para o seu desenvolvimento humano:

> *Eu agradeço muito por essa minha profissão, porque eu não tô aqui só pelo salário que é bom, eu sei, mas porque eu estou aqui pra ajudar eles, mas também pra ser ajudado, porque é mais uma profissão que tô aprendendo, entende? [...] Pra mim cuidador é isto: respeitar, orientar e ser orientado, ajudar e ser ajudado*. (C3)

A interação foi destacada, também, por esse cuidador em relação aos outros profissionais que trabalham na instituição, valorizando-se a união e o respeito.

> *União entre nós mesmos cuidadores, que a gente faz o serviço e precisa de uma ajuda, aí tem aquela melhor união e respeito, com todo mundo, tanto com os idosos como com os colegas*. (C3)

O trabalho nas instituições de longa permanência, como a deste estudo envolve muitos profissionais de diferentes especialidades que procuram desenvolver seus trabalhos para proporcionar o cuidado à pessoa idosa. A prestação de cuidado à pessoa idosa não é uma tarefa unidisciplinar, mas pluridisciplinar, por requerer a coordenação e o entendimento entre os profissionais.[16]

Cuidado como expressão de subjetividade

O cuidar como uma interação interpessoal, característico do ser humano e até mesmo como uma intervenção terapêutica, envolve elementos como respeito, consideração, compaixão e mesmo afeto.[14]

Assim, o cuidado estaria relacionado ao sentimento. Dos depoimentos dos cuidadores, pôde-se abstrair a concepção de cuidado associado a sentimentos como amor, compaixão, dó, afeto, mesmo naqueles que associam o cuidado à execução de atividades:

> *Não só na parte de uma boa alimentação, mas de tratar ele bem, de conversar, dar atenção a ele, dar amor*. (C1)

> *Então nós estamos aqui não só pra trabalhar, mas pra lidar com eles com amor*. (C4)

> *Eu tenho muita pena deles*. (C5)

> *[...] também o afetivo que não deixa de ser um cuidado dele, a afetividade com eles*. (C6)

Uma cuidadora relatou que o amor é o motivo de seu trabalho no serviço:

> *Aqui nesse serviço tem muitas pessoas que trabalham pelo dinheiro e não assim pelo amor. Eu não, eu trabalho pelo amor, apesar de ganhar muito pouco aqui, mas eu trabalho porque eu gosto, porque tenho carinho por eles*. (C5)

O que motiva o cuidar, independentemente de gostar ou não, está relacionado a um sentimento, o que ela denomina de um "chamado" para ajudar de quem necessita.[14]

Cuidar como forma de interação que determina o envolvimento das pessoas de maneira subjetiva não significa uma renúncia de conhecimentos e técnicas, mas a valorização do outro, suscitando até mudanças nas crenças, valores e cultura[17]:

> *Antes eu não sabia que era assim cuidar de um idoso, entrei aqui e aprendi e me sinto muito bem com o que faço*. (C5)

Cuidado como atitude

O cuidado é complexo, com vários significados e é construído continuamente pelos cuidadores e os que são cuidados. Assim, pensar em sistema de cuidados é apontar para a complexidade dos opostos como ordem/desordem, sujeito/objeto, parte/todo, desse sistema e compreender aspectos como autonomia, individualidade, relações e atitudes profissionais.[17]

Em vários depoimentos foram ressaltados pelos cuidadores aspectos relacionados à atitude profissional, como a responsabilidade, o compromisso, a disponibilidade e as virtudes, como o respeito e a paciência:

> *Cuidador pra mim é isto: você tem que ter muita disponibilidade pra trabalhar, você tem que ter paciência. Ser paciente, saber fazer tudo ao certo pra não acontecer nada de ruim e nem de mal com eles*. (C3)

> *Cuidado é minha obrigação. Eu me sinto na obrigação de cuidar por estar aqui às sete horas da manhã porque sou responsável pelo café da manhã*. (C5)

Vale destacar que a obrigação relatada no depoimento acima não se refere à obrigação de trabalho como atividade de remuneração. Nos depoimentos em que se destacaram esses elementos da atitude profissional, significava real envolvimento e compromisso moral com a profissão, sobretudo nessa situação de cuidado de idosos dependentes e vítimas de abandono.

O processo de cuidar de um ser humano frágil ou vulnerável implica exercer uma forma de responsabilidade social e cívica que não deve ser compreendida sob uma perspectiva paternalista, mas como exercício de um dever humano.[17]

As atitudes benevolentes foram vistas como pontos positivos no ato de cuidar, ao valorizarem a interação com a pessoa idosa e fortalecerem a confiabilidade pelo bom exemplo, mediante uma postura profissional correta.

> *A gente tem que ter um respeito, tratar com carinho pra gente ser tratado com carinho, porque se a gente tratar com ignorância a gente vai ser tratado com ignorância*. (C3)

> *Tudo que você tá fazendo ele tá se espelhando em você. Então se você tá dando uma boa aparência, conversando com ele, ele vai estar aprendendo melhor*. (C1)

Cuidado como descaracterização do sujeito

A pessoa idosa, por ocorrência de declínios funcionais e de perdas, pode tornar-se uma pessoa dependente, o que remete à necessidade de proteção e de pessoas que satisfaçam suas necessidades. Há uma expectativa generalizada nas culturas de que principalmente a família ofereça proteção e cuidado às pessoas idosas, mas podendo outras instituições assessorar no cumprimento dessas tarefas, principalmente em contextos como o brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais.[18]

Essa conotação da fragilidade por consequência da idade avançada e da incapacidade funcional, potencializada pelo motivo de estarem na instituição, foi observada em alguns depoimentos como justificativa de suas ações:

> *Cuidando assim de uma pessoa frágil, que está na fase final da vida, debilitada, que precisa de cuidados, por ter sido abandonada pela família, ela necessita de cuidados extremos de quem tá lidando com ela, porque ela já sofreu com o abandono*. (C4)

Quanto aos tipos de dependência, os cuidadores apontaram a física ou mental e, também, a emocional e afetiva. Eles tecem considerações no sentido de que a dependência afetiva e/ou psicológica ocorre, nas pessoas idosas, em consequência da grande necessidade que elas têm de amor, de carinho e de atenção:

> *Porque o idoso é uma pessoa bem frágil, muito frágil. O que a gente dar de atenção, de amor... de tudo, de afeto*. (C1)

Contudo, o que torna preocupante nesse cenário de instituição de longa permanência é o fato de que cuidar de uma pessoa idosa exige muitas qualidades, dentre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica. Se o cuidador apresentar sentimentos pessoais negativos ou estereotipados sobre o envelhecimento, pode haver um comprometimento desse cuidado.

Nos depoimentos de alguns cuidadores, abstraíram-se sentimentos estereotipados em relação à pessoa idosa, considerando-a como uma pessoa frágil, dependente, muitas vezes descaracterizando-a e dispensando um cuidado infantilizado, deixando de valorizar sua identidade própria que não foi perdida por estar em uma situação desfavorável.

> *É como se fosse uma criança ou até mesmo assim, porque o idoso é uma pessoa bem frágil, muito frágil*. (C1)

No processo de cuidar, é importante tornar o ambiente personalizado e marcado pela propriedade individual do ser cuidado. Autoexpressão ou personalização reforça na pessoa idosa o senso de identidade, de qualidades, características e experiências únicas.[1]

Em muitos depoimentos, encontrou-se a descaracterização da pessoa idosa, apontado como uma pessoa da família ou em muitas situações se colocando no lugar dela, o que embasa na prática do cuidado cotidiano sentimentos de solidariedade:

> *Bom, cuidar como se a gente tivesse cuidando de uma pessoa querida da gente, mas com uma finalidade de bem-estar*. (C2)

> *Porque a gente tem que se colocar no lugar do ser humano, de tá ali como se a gente fosse a pessoa, uma pessoa da gente ou a gente mesmo, porque a gente não sabe o dia de amanhã*. (C1)

> *Me sinto também assim, vejo o dia de amanhã, não sei o que vai ser de mim quando eu estiver velha, porque aqui tem muitos deles que a família rejeita, que a família não quer, espanca, aí, assim, também me coloco muito na pele deles*. (C5)

Colocar-se no lugar do outro nesse momento surge como uma maneira de compreendê-lo em suas condições sociais, bem como refletir sobre si mesmo, vivenciar aquela situação como uma realidade própria, com certo refino em relação aos preceitos cristãos de se enxergar em uma situação melhor e se dispor à doação, ao cuidado e à caridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão do aumento progressivo da população idosa e da complexidade que envolve o processo de cuidar da pessoa idosa em instituição de longa permanência, exige-se do cuidador formal preparo e conhecimentos específicos.

Neste estudo, evidenciou-se que esses cuidadores formais percebem, principalmente, como cuidado a execução de tarefas destinadas ao atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa meramente técnicas. Tal fato pode estar relacionado ao desconhecimento sobre o real significado de cuidar ou por confundirem suas diversas dimensões.

Outras vertentes relacionadas ao cuidado apontadas pelos cuidadores formais foram a atenção, o carinho, o afeto, a procura pela compreensão do outro e de sua realidade como condições transversais a uma prática de qualidade.

No entanto, o que se percebe é a dificuldade desses cuidadores em compreenderem o que é cuidado, fato evidenciado pela visualização fragmentada do cuidado – por vezes dissociado de sua capacidade de valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar – explicitada neste estudo.

O cuidado empírico cabe ao leigo e aos cuidadores formais, de qualquer natureza, e requer a interiorização do que é o cuidado em todas as suas dimensões e como responsabilidade profissional, como também a certeza da necessidade de se conhecer para melhor cuidar e valorizar os sujeitos desse processo, em especial aqueles a quem se dirige o cuidado.

Mesmo diante das tecnologias de cuidado, amplamente desenvolvidas pela enfermagem ao longo da profissão, resultados como os deste estudo ainda demonstram cuidadores fundamentados em uma visão simplória e dualista, em que o cuidado se liga à prática e à caridade humana, o que nos remete a pensar na formação. Estariam essas percepções embutidas na cultura desses cuidadores formais ou ainda se capacitam cuidadores considerando essas condições?

Tais reflexões apontam para o fundamental compromisso de instrumentalizar os profissionais de saúde para o cuidado da pessoa idosa, nos diferentes contextos de atenção à saúde, com vista a um cuidado integral e voltado para o contexto de vida dessa pessoa como ser humano e como parte primordial na promoção de melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Fragoso V. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. Revista IGT. 2008; 5(8):51-61. [Citado 2009 dez. 20]. Disponível em: <http://www.igt.psc.br>.

2. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev Bras Enferm. 2008 jul/ago; 61(4):514-7.

3. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idoso de alta dependência no contexto familiar [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

4. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

5. Angelo MO. Contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p.27-31.

6. Diogo MJDE. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. Rev Latinoam Enferm. 2004 mar/abr; 12(2):280-2.

7. Brasil. Ministério de Previdência e Assistência Social. Portaria 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social; 1999.

8. Miguel MEGB, Pinto MEB, Marcon SS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. Rev Eletr Enf. 2007; 9(3):784-95.

9. Reis POE, Ceolim MF. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):57-64.

10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 jan; 24(1):17-27.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4 (Supl. 2):15-25.

13. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira NA. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(4):1285-92.

14. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 2001.

15. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SM. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 102-10.

16. Torralba Roselló F. Antropologia do cuidar. Petropólis (RJ): Vozes; 2009.

17. Backes DS, Sousa FGM, Mello ALSF, Erdmann AL, Nascimento KC, Lessmann JC. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15:71-8.

18. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência, e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 49-70.

Data de submissão: 28/1/2010
Data de aprovação: 16/6/2011

SAÚDE DA MULHER: A ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NO PERÍODO DE 1984 A 2009

WOMEN'S HEALTH NURSING AND NATIONAL PUBLIC PROGRAMS AND POLICIES BETWEEN 1984 AND 2009

SALUD DE LA MUJER: LA ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES ENTRE 1984 Y 2009

Ludmilla Taborda Moreira Assis[1]
Betânia Maria Fernandes[2]

RESUMO

Neste estudo, trata-se das ações da enfermagem nos programas e políticas públicos nacionais direcionados à saúde da mulher. Os objetivos foram identificar e analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas e programas para as mulheres no período de 1984 a 2009. Adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa e a técnica de coleta de dados foi por meio da análise documental. Os resultados encontrados das ações da enfermagem nos programas foram categorizados nas quatro dimensões do cuidar: Assistência direta, Educação, Administração e Investigação. As ações propostas para a atuação da enfermagem não tiveram nenhuma modificação expressiva, entretanto as enfermeiras passaram a realizar, de fato, algumas das atividades determinadas nos documentos. Identificou-se que nos documentos publicados após a década de 1980 houve o fortalecimento e o reconhecimento da prática, da autonomia e da competência técnica-científica da enfermagem.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Enfermagem; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze women's health nursing actions in national health programs and public policies from 1984 to 2009. We adopted a qualitative methodology approach and data collection used document analysis. The study resulted in the nursing actions on national programs being divided into four scopes of care: direct care, education, administration and investigation. Although the nursing actions proposed by the national health programs and policies presented no significant changes nurses started to actually perform some of the measures specified in them. The documents published after the 80's acknowledged the nursing practice, its autonomy and the profession's technical and scientific competence.

Keywords: Women's Health; Nursing; Health Policy.

RESUMEN

Este trabajo estudia las acciones de la enfermería en los programas y políticas nacionales dirigidos a la salud de la mujer. Tiene por objetivo identificar y analizar la actuación de la enfermería en las políticas públicas y programas para las mujeres entre 1984 y 2009. Fue utilizado el enfoque metodológico cualitativo y la técnica de recogida de datos a través del análisis documental. Los resultados de las acciones de la enfermería en los programas fueron divididos en las cuatro dimensiones del cuidado: Atención directa, Educación, Administración e Investigación. Las acciones propuestas para la actuación de la enfermería no tuvieron ninguna modificación significativa; sin embargo, las enfermeras comenzaron a realizar, de hecho, algunas de las actividades determinadas en los documentos. En los documentos publicados después de los años 80 se observó mayor fortalecimiento y reconocimiento de la práctica, autonomía y competencia técnica-científica de la enfermería.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Enfermería; Políticas de Salud.

[1] Enfermeira graduada e licenciada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)-MG.
[2] Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Docente da UFJF-MG, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.
Endereço para correspondência – Avenida Portugal, nº 5.365, bloco 3, apto. 301 – Belo Horizonte-MG.. CEP: 31710-400, E-mail: ludtabordinha@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença é resultante da atuação de fatores ambientais, sociais, econômicos, como o acesso à alimentação, renda, condições de trabalho e moradia, culturais e históricos. Isso significa que a morbimortalidade varia segundo o tempo, o espaço e o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. As mulheres adoecem mais frequentemente, fato mais relacionado com a situação de discriminação e desigualdade do que com fatores biológicos de vulnerabilidade.[1]

Os homens estão em melhores condições de inserção no mercado de trabalho que as mulheres e recebem salários maiores. A morte materna está entre as dez primeiras causas de óbito feminino e entre as causas da mortalidade materna. O abortamento realizado em condições inseguras representa um grave problema de saúde pública. O acesso a anticoncepção não é amplamente oferecido. As mulheres são mais vulneráveis ao acometimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e aids e à violência sexual e doméstica. São também marginalizadas nos meios de vida do campo, tendo seu ofício considerado como apenas ajuda aos homens. O acesso ao pré-natal é um problema significativo para as mulheres da população rural, das regiões Norte e Nordeste e o parto domiciliar em muitas situações é a única opção disponível para atendê-las. Jovens e idosas têm menores oportunidades de inserção no mercado de trabalho. As presidiárias cumprem pena em espaços inadequados e em situações insalubres, além de serem abandonadas pelos seus parceiros, não terem garantia plena de visitas íntimas e sofrerem repressão nos casos de relações homossexuais.[2]

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e são tradicionalmente as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para acompanhar os filhos ou as pessoas que estejam sob seus cuidados, como pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos, seja para cuidarem de si mesmas. Constituem, portanto, um importante segmento social para as políticas de saúde pública, pela importância numérica e porque as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde feminina.[3]

As políticas públicas e programas de saúde podem ser definidos como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. Integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.[4]

As políticas e os programas voltados para a assistência à saúde da mulher foram formulados, no Brasil, no bojo das políticas nacionais de saúde na primeira metade da década de 1930. Nesse período, estiveram limitados às demandas relativas à gravidez e ao parto. Foram atualizados nas décadas de 1950 e 1970, porém mantiveram a visão precária sobre a mulher, dando conta apenas da sua especificidade biológica. Sem exceção, eram políticas e programas verticalizados e sem integração com outras ações propostas do governo federal. As metas eram definidas em nível central e sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local, por isso não geravam maior impacto nos indicadores de saúde da mulher.[5]

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Pela primeira vez, a mulher foi considerada sujeito ativo da sua própria saúde e todas as etapas da sua vida foram consideradas.[6] Porém, embora tenha trazido uma conotação diferente, o enfoque reprodutivo com práticas assistenciais tradicionais persistiu.

Decorridos vinte anos da publicação do PAISM, foi formulada uma nova política pública de assistência à saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004, que ampliou as ações de saúde para grupos historicamente alijados das políticas públicas, como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, mulheres com transtornos mentais e deficiências, mulheres lésbicas, indígenas e presidiárias.[3]

Em 2008, quatro anos depois, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi aprovado e incluiu seis novas áreas estratégicas para se somar àquelas abordadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.[2] São elas:

> Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito a terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.[2:20]

Quanto à enfermagem, observamos que a história da enfermagem brasileira acompanhou a política de saúde adotada pelo País.

A primeira escola de enfermagem do Brasil foi criada em 1890. Entretanto, apenas em 1920, com o esboço da primeira política de saúde do Estado, é que surgiu a necessidade de normatizar o trabalho de enfermagem. A princípio, a fiscalização da profissão ficou a cargo

do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, cujo quadro de pessoal não possuía enfermeiras.[3*] Em 1975, com a criação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), enfermeiras do órgão passaram a disciplinar e a fiscalizar o exercício profissional da própria categoria.[7]

Na década de 1960, com o golpe militar de 1964, o Estado interveio na saúde. O regime autoritário privilegiou a prática especializada centrada na cura e no indivíduo, em prejuízo das medidas de prevenção e promoção do bem-estar da coletividade. A enfermagem seguiu essa orientação nacional, e tanto os profissionais de nível superior como os de nível médio passaram a se concentrar no ambiente hospitalar.[8]

No que diz respeito à saúde da mulher, desde as primeiras políticas, a enfermagem foi caracterizada pela execução de tarefas e procedimentos tradicionais.[8]

As ações de enfermagem estavam presentes em diversas atividades, como: inscrição, consulta de enfermagem, vacinação, visita domiciliar, pré-consulta, pós-consulta, suplementação alimentar e nutricional, encaminhamentos de rotina, exames laboratoriais, preventivo de câncer, educação para a saúde, orientação e controle de parteiras legais. A assistência ao parto poderia ser realizada pela enfermeira obstetra, segundo a Lei do Exercício Profissional (LEP), porém o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) não o reconhecia. Assim, quem recebia pelo procedimento eram os médicos.[8]

Na enfermagem existiam divergências quanto à realização da consulta. Algumas enfermeiras a realizavam e compreendiam seu valor e outras, não. A consulta de enfermagem constava de: recepção da usuária; levantamento das queixas, idade, antecedentes obstétricos, critérios de risco, medidas antropométricas e da pressão arterial, coloração das mucosas; pesquisa de edema; medida de fundo de útero; ausculta fetal; orientação de acordo com a situação encontrada; pedido de exames complementares de rotina; prescrição e fornecimento de sulfato ferroso a partir do início do terceiro trimestre da gestação; encaminhamentos necessários; agendamento do comparecimento seguinte e registro em formulário próprio.[8]

As enfermeiras permaneceram subutilizadas nas políticas e programas de saúde para a população feminina até que no PAISM "se atribuíssem responsabilidades à equipe multiprofissional, não mais reforçando a hegemonia médica no fazer ou executar as atividades de proteção à mulher".[8:227] Porém, embora todos os trabalhadores tenham sido considerados fundamentais na atenção à saúde das mulheres, na prática cotidiana, ainda há tratamento diferenciado entre as categorias profissionais quanto ao nível de autoridade, à jornada de trabalho e ao salário.

Entretanto, a relevância da atuação da enfermagem nas políticas públicas e programas nacionais destinados às mulheres tem sido colocada por instituições e entidades internacionais e nacionais – por exemplo, o Ministério da Saúde (MS) que desenvolveu um programa de educação continuada para a categoria numa estratégia de resgatar o compromisso social das profissionais e para valorizar o seu trabalho, já que no quantitativo da força de trabalho empregada, a contribuição dessas trabalhadoras é majoritária.[9]

O conhecimento das políticas e programas públicos destinados à população feminina e à assistência à mulher na atenção primária à saúde despertou o desejo de pesquisar como é a "atuação da enfermagem nas políticas e programas nacionais para a saúde da mulher" e teve como objetivos identificar e analisar a atuação da enfermagem nessas políticas e programas no período de 1984 a 2009.

METODOLOGIA

Como proposta metodológica, optou-se por uma abordagem qualitativa e a coleta das informações se deu por meio da análise documental.

A pesquisa documental consiste na análise de materiais visando a uma interpretação além das que podem existir. Assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença entre ambas está apenas no fato de que na pesquisa bibliográfica utilizam-se fontes produzidas por diversos autores sobre determinado assunto e na pesquisa documental a fonte consiste em documentos que podem ou não já terem sido explorados. As vantagens são a riqueza e a estabilidade dos dados, a possibilidade do conhecimento do passado e a obtenção de dados com menor custo e sem o contato com os sujeitos da pesquisa.[10]

As fontes primárias utilizadas foram: documentos de âmbito governamental que atendiam aos critérios de inclusão: políticas e programas nacionais de saúde da mulher publicados pelo Ministério da Saúde no período de 1984 a 2009. As fontes secundárias, constituídas de livros, artigos e dissertações, utilizados para auxiliar na análise e compreensão do contexto histórico, social e econômico no qual as políticas e programas nacionais de saúde da mulher, assim como a atuação da enfermagem neles, estão inseridas no período referido.

As fontes primárias utilizadas estão listadas na TAB. 1.

Com base na coleta de informações, os dados foram digitados e analisados. A identificação das ações realizadas pela enfermagem, inicialmente, foi coletada em cada um dos documentos citados acima, separadamente, e posteriormente foram agrupadas em categorias nas quatro dimensões do cuidar: Assistir; Educar; Administrar; e Investigar.

A coleta das informações nas fontes primárias foi alcançada na página eletrônica do Ministério da Saúde, na área específica de saúde da mulher, durante o mês de junho e julho de 2009. A leitura e a análise dos documentos foram realizadas no período compreendido entre julho e outubro e o relatório do estudo foi elaborado no mês de novembro do referido ano.

TABELA 1 – Fontes primárias utilizadas para a coleta de dados da pesquisa

	PUBLICAÇÃO	ANO
1.	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	1984
2.	Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: assistência de enfermagem à mulher, criança e adolescentes em serviços locais de saúde	1994
3.	Assistência pré-natal	1998
4.	Assistência pré-natal: manual técnico	2000
5.	Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco	2001
6.	Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada	2001
7.	Falando sobre câncer do colo do útero	2002
8.	Falando sobre câncer de mama	2002
9.	Assistência em planejamento familiar: manual técnico	2002
10.	Planejamento Familiar: manual para o gestor	2002
11.	Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres	2003
12.	Programa Nacional de Aleitamento Materno	2003
13.	Plano Nacional: diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas	2003
14.	Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004 a 2007	2003
15.	Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes	2004
16.	Atenção à saúde das mulheres negras	2005
17.	Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica	2005
18.	Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde	2005
19.	Controle dos cânceres do colo do útero e de mama	2006
20.	Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico	2006
21.	HIV/aids, hepatites e outras DST	2006
22.	Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis	2006
23.	Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DSTs	2007
24.	Conversando com a gestante	2008
25.	Manutenção de atenção à mulher no climatério/menopausa	2008
26.	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2008
27.	Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço	2008
28.	Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica sexual: matriz pedagógica para formação de redes	2009

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidar é a essência da prática da enfermagem e não pode ser compreendido apenas como a realização de uma tarefa ou atividades relacionadas ao assistir direto. Deve ser entendido numa visão ampla, numa ótica multidimensional, abrangendo ações de assistência, educação, administração e investigação.[11] As categorias apresentadas a seguir foram elaboradas com base nessa concepção, sendo classificadas em: Assistir; Educar; Administrar; e Investigar.

Assistir

A assistência direta à usuária, primeiramente, necessita de uma prática denominada "acolhimento". O acolhimento é incentivado e enfatizado nas políticas e manuais destinados à atenção à saúde da população feminina publicados pelo MS.

O acolhimento, na prática cotidiana dos serviços, se expressa na relação estabelecida entre os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde com as usuárias por meio de atitudes como: a profissional se apresentar, chamar as usuárias pelo nome, informar as condutas e os procedimentos que serão realizados e adotados, escutar e valorizar o que é dito por elas, garantir a privacidade e a confidencialidade, dentre outros. Não consiste em uma etapa do processo, mas em uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.[12]

O assistir realizado pela enfermeira, proposto nos documentos analisados, pode ser agrupado no que se denomina "Consulta de Enfermagem":

> A consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional de enfermagem com a finalidade de promover a saúde mediante diagnóstico e tratamento precoces. De acordo com a Resolução Cofen n. 272/2002, em seu artigo 1°, ao enfermeiro incube privativamente a consulta de enfermagem, a qual deve compreender histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.[13:93-94]

Na anamnese, a coleta de dados direciona-se não somente para a queixa principal da mulher, mas também para sua história de vida pessoal e de trabalho. Inclui, dentre outros, a identificação (nome, idade, número do prontuário, estado civil, profissão, ocupação, data de nascimento, naturalidade, escolaridade); o motivo da consulta; os antecedentes pessoais (gerais, ginecológicos e obstétricos) e familiares; o uso de medicação; os problemas mamários e/ou intestinais e/ou urinários; a religião; a profissão; a ocupação atual; a renda familiar; o autoexame das mamas (AEM); as condições de moradia; os dados sobre sono e repouso; a sexualidade (libido e prazer sexual); o uso de métodos contraceptivos; e o estado nutricional.

O exame físico geral, cefalocaudal deve ser realizado em seguida, verificando os sinais vitais, glândula tireoide, mucosas, dentição, aspecto da pele, turgor, membros inferiores, higienização, tipo morfológico, distribuição de pelos, ausculta cardiopulmonar e medidas antropométricas.

O exame físico ginecológico diz respeito ao exame das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação e expressão papilar, bem como coletar a secreção sempre que for necessário), do abdome e da genitália feminina. O exame clínico anal também deve ser realizado com o toque retal.

Na etapa do desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, a enfermeira deve atentar para: interferência do método contraceptivo utilizado na espontaneidade sexual; práticas que dificultam a reprodução e doenças que interferem negativamente nela; uso adequado do método anticoncepcional; desenvolvimento de condições que contraindiquem o uso da anticoncepção de escolha; detecção precoce das mulheres que estão no climatério/menopausa; déficit de conhecimento sobre amamentação; riscos que a gestante possa estar exposta; risco para distúrbios nutricionais, para o desenvolvimento de câncer de colo de útero e de mama; presença de corrimento vaginal e aparecimento de infecções; fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação; vulnerabilidade para sofrer violência doméstica e sexual e para contrair DST/aids; risco para abortamento provocado; risco de agravos das patologias já existentes; risco para o abandono da lactação e realizar o diagnóstico gravidez, dentre outros.

Antes de finalizar a consulta de enfermagem, a enfermeira realiza o processo de tomada de decisão, prescrevendo cuidados e adotando condutas. Para a assistência integral à saúde da mulher, é imprescindível que sejam adotados nesse momento: estímular o autocuidado, o autoconhecimento, a auto-imagem; solicitar de exames, orientando o retorno da usuária para conhecimento de resultados dos exames solicitados e para o controle de cura; prevenir, identificar e tratar as intercorrências; orientar sobre o uso do preservativo e sobre a importância da dupla proteção; oportunizar diagnóstico de DST/aids; orientar sobre a fisiologia da reprodução; prescrever a quantidade suficiente do método contraceptivo utilizado até a consulta de retorno; orientar e incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis; fornecer cartão para convocação dos parceiros das mulheres nas quais foi detectada a infecção por alguma DST; esclarecer dúvidas sobre métodos contraceptivos, terapêuticos e medicamentosos (enfatizar a importância da adesão e conclusão do tratamento); realizar visita domiciliar quando necessário; encaminhar para os serviços de referência quando for necessário e realizar busca ativa das mulheres que não comparecerem às consultas nesses serviços; fornecer nome do hospital de referência no cartão da gestante; acompanhar óbito fetal segundo protocolo; realizar aconselhamento pré- e pós-teste HIV; estimular a participação do parceiro no cuidado à saúde da mulher; orientar direitos sociais e trabalhistas; orientar ordenha, armazenamento e doação de leite humano; realizar avaliação pré-concepcional; fazer a detecção precoce, o acolhimento, a atenção e o encaminhamento adequados nos casos de violência doméstica; diagnosticar anemia falciforme e o cuidado precoce desta; encaminhar acidentes de trabalho; orientar preparo e administração de fórmulas infantis e outros alimentos; captar a gestante; auxiliar parto de risco; prestar cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido; orientar inibição da lactação; iniciar amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido; facilitar permanência de um acompanhante no trabalho de parto; orientar métodos para alívio de dor; incentivar a prática do controle social; prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Há, ainda, na assistência direta, inúmeros procedimentos técnicos executados pela enfermagem, dentre os quais: aplicação do método hormonal injetável; medição do diafragma; retirada de pontos; coleta de exame preventivo; vacinação para prevenção da hepatite B e tétano; administração de quimioterapia e opiáceos; administração de medicação oral, parenteral e vaginal; realização de curativo do coto umbilical no recém-nascido e administração da vitamina A quando prescrita pelo médico; coleta de sangue; tricotomia como opção da parturiente; enteroclisma, valorizando a opinião da parturiente; cateterismo vesical; oxigenoterapia; monitorização, controle de volemia, infusão de líquidos

e acompanhamento de perdas sanguíneas durante o parto de alto risco; sinais vitais; tamponamento de vagina e massagem uterina; dentre outros.

De todas as ações de planejamento familiar para as mulheres, somente não é da competência da enfermagem prescrever métodos contraceptivos hormonais e, na assistência à infertilidade, realizar pedido e avaliar espermograma, dosagem de progesterona sérica, biópsia de endométrio, teste pós-coito, fator uterino, fator tuboperitoneal e histerossalpingografia.

Ações como inserção e retirada do dispositivo intrauterino (DIU), mamografia, episiotomia, punção por agulha fina, biópsia por agulha grossa e tratamento de lesões mamárias benignas, segundo a literatura pesquisada, devem ser realizadas por profissional treinado, porém não especifica qual categoria deve executá-las.

As lesões mamárias identificadas devem ser avaliadas pelo médico; as medicações antiácidas, antirretrovirais e a dosagem de insulina ficam a critério desses trabalhadores (que deve intercalar as consultas pré-natais com a enfermeira), bem como o tratamento de hemorroidas, mastite, náuseas, vômitos, tonturas e cefaleias permanentes.

A elevação da pressão arterial e a diabetes *mellitus*, muito comum na população negra, devem ser controladas por prescrição médica, bem como o tratamento para DST/aids e a opção pela cesariana.

Durante o pré-natal de alto risco, a enfermagem integra a equipe de atendimento à mulher, sendo, porém, do médico obstetra o papel decisivo no acompanhamento da gestante e na atuação da equipe.

Educar

É importante que os serviços de saúde promovam grupos educativos com espaços de escuta qualificada que esclareçam as dúvidas das mulheres. Os temas devem ser sugeridos pelas próprias usuárias para alimentar as discussões em grupo sob a coordenação de enfermeiras ou outras categorias profissionais sensibilizadas e qualificadas para essa ação. O compartilhamento de experiências possibilita a construção de saberes e oportuniza a expressão de sentimentos e sensações muitas vezes não elaborados conscientemente.[14]

Essas atividades devem ser realizadas preferencialmente em grupos e reforçadas pela ação educativa individual, adequando a disponibilidade de recursos humanos, de tempo, de estrutura física e as características desse grupo. Devem, ainda, possuir caráter participativo, com linguagem acessível, simples e precisa, podendo contar com o auxílio de dramatizações e dinâmicas, começando desde a infância, perpassando pela pré-adolescência e adolescência, chegando à vida adulta para, finalmente, findar-se na terceira idade.[15] "As ações educativas devem estimular as mulheres, adultas e adolescentes, ao autoconhecimento e ao auto-cuidado, fortalecendo a auto-estima e a auto-determinação das mesmas".[16:63]

O aconselhamento é citado nas propostas educativas apresentadas pelos manuais e políticas públicas publicados a partir de 2002, pelo governo, como um conceito e uma metodologia de trabalho para essas ações.

Aconselhamento é um

> processo de escuta ativa individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.[16:12]

Dentre os assuntos que devem ser abordados nas ações de educação à saúde com as usuárias, sempre respondendo suas dúvidas e indagações, temos: significado da menopausa; vivência da sexualidade (esclarecimento de dúvidas e tabus); alterações fisiológicas, corporais e emocionais em todas as faixas etárias; fisiologia da reprodução; vivência do envelhecer; hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação, hidratação e atividade física); exercícios de Kegel e fortalecimento do assoalho pélvico; uso de drogas lícitas e ilícitas; métodos contraceptivos (acesso, taxa de falha, técnica de uso, vantagens e desvantagens, efeitos secundários e critérios de elegibilidade); resgate do parto normal como algo fisiológico (sinais do início do trabalho de parto, vantagens do parto normal para a parturiente e o bebê, caráter eletivo da cesariana, práticas de relaxamento para o trabalho de parto, técnicas respiratórias que minimizam a dor, posicionamentos que auxiliam a dilatação e saída do bebê); importância do pré-natal; desenvolvimento da gestação (modificações corporais e emocionais, medos e fantasias relacionados a esse período do ciclo reprodutivo); cuidados no pós-parto com a mulher e com a criança recém-nascida; impacto do trabalho na saúde integral da mulher em todas as faixas etárias e momentos do ciclo reprodutivo; vacinação da mulher e da criança; direitos sociais (lei do acompanhante, licença maternidade e alojamento conjunto), políticos, econômicos, reprodutivos e sexuais; amamentação (vantagens para a mãe, bebê, família e sociedade; padrões de aleitamento; composição e característica do leite humano; colostro, leite de transição, leite maduro, leite de pré-termo; preparo das mamas para aleitamento; ordenha: partes envolvidas na lactação, produção e ejeção de leite materno, pega, sucção, posicionamento da criança, ciclo de sucção/deglutição/respiração, confusão de bicos, cuidados com a mama e práticas que prejudicam a iniciação e manutenção da amamentação; armazenamento e doação de leite materno; início da amamentação na primeira hora de vida; triagem neonatal; prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama e das DST/aids; autoexame das mamas; uso do preservativo para a dupla proteção; controle social; autocuidado (inclusive com a higiene bucal); autovalorização; limites, riscos e vantagens das terapias; adesão às terapias e conclusão dos tratamentos; retorno para busca de resultados e

tratamentos necessários, bem como acompanhamentos de rotina.

As atividades educativas extrapolam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos de saúde que possam ser desenvolvidos pelas usuárias. Está incluída nessa categoria a capacitação profissional. A enfermagem deve desenvolver oficinas e cursos de reciclagem para o domínio dos conhecimentos listados acima e para a transformação da prática, de forma que o profissional realize as orientações sem juízo de valor, por exemplo. As profissionais devem ser sensibilizadas para adotarem imagens não estereotipadas e discriminatórias das mulheres nas questões de gênero, etnia e orientação sexual. A enfermagem ainda é encarregada do treinamento profissional das parteiras e da capacitação de indivíduos que ocupam "cadeiras" nos conselhos de saúde, incentivando a monitoração e fiscalização da qualidade e eficiência dos serviços prestados às mulheres, bem como a efetivação das políticas públicas de saúde desenvolvidas para as mesmas.

Administrar

Administrar é transformar a informação em conhecimento e este em ação. Dessa forma, ao administrar, os objetivos propostos pela organização são interpretados e transformados em ação organizacional, utilizando-se o planejamento como estratégia a fim de alcançar tais objetivos de maneira mais adequada.[17]

O planejamento é a predeterminação do que deve ser feito, como deve ser feito e dos métodos e tipos de controle necessários para que os objetivos determinados sejam alcançados.[18] A enfermeira deve utilizar o planejamento para programar, executar e avaliar as atividades de enfermagem com base em prioridades, objetivos e metas propostas para o controle da saúde da mulher.

A enfermagem faz: provisão e previsão de material e recursos para consultas e atividades educativas (por exemplo, instrumental para coleta de citologia oncótica e para o parto; instrumentais mínimos para o atendimento ao recém-nascido para proporcionar condições ótimas que os auxiliem a adaptação à vida extrauterina; material para prática do abortamento farmacológico, curetagem uterina etc.), bem como manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos necessários para realizar as ações propostas pelas políticas públicas e manuais publicados pelo MS; previsão, aquisição, distribuição, dispensação e cálculo de estoque reserva para garantir o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos; pedido de medicações, conferindo-as ao recebê-las e verificando as embalagens e validade delas, devolvendo-as quando não adequadas; revisão quantitativa e logística dos insumos para controle de transmissão vertical do HIV e sífilis e para prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids; organização do material, equipamentos e insumos, bem como do espaço físico do estabelecimento de saúde; correção preventiva dos equipamentos.

Em relação à área física, a enfermagem deve proporcionar, na medida do possível, um espaço físico adequado. Isto é, um ambiente que favoreça o inter-relacionamento entre equipe de saúde e usuárias; que possua equipamentos e materiais permanentes mínimos para o credenciamento das unidades de saúde; que seja limpo, confortável, acolhedor e ventilado; que seja seguro, onde a privacidade seja garantida; a medicação e os métodos contraceptivos também necessitam de espaço adequado para a armazenagem e a distribuição corretas; prevenção de instalações físicas para o alojamento conjunto, para as casas abrigos e para a execução de atividades didáticas e de serviços previstos para a capacitação profissional.

A enfermeira define normas, funções e organiza rotinas, utilizando procedimentos comprovadamente benéficos e evitando intervenções desnecessárias; divulga os serviços prestados nas instituições de saúde em escolas, centros comunitários e clubes; facilita o acesso das usuárias de drogas lícitas e ilícitas ao atendimento nas instituições; elabora protocolos e fluxos de atenção integral para redes e serviços especializados com tratamento universal e gratuito; notifica acidentes de trabalho; notifica as síndromes genitais, sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante; identifica e desenvolve ações em parceria com os serviços existentes na comunidade, como casas de apoio e de passagem; informa, processa, analisa e interpreta dados para conhecer características de nível local, realizando ações de vigilância epidemiológica pertinentes a cada caso; acompanha fluxo de referência e contra-referência; organiza o processo de trabalho da unidade para atendimento da demanda identificada na comunidade; coordena e supervisiona as atividades realizadas pela equipe de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) sob sua responsabilidade; garante a observância das normas de precaução universal a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico; fiscaliza propagandas e fornecimento de produtos que competem com a amamentação, bem como recusa brindes e amostras de fórmulas infantis e outros alimentos para lactantes, além de retirar cartazes dos mesmos das instituições de saúde; produz e distribui materiais educativos; faz relatório programático mensal de atividades e registro diário de consultas e procedimentos.

A enfermagem, na dimensão administrativa, ainda realiza reuniões periódicas para avaliar, monitorar e reprogramar condutas sempre que necessário e também a atenção prestada na instituição. A enfermagem deve saber avaliar o desempenho global de cada trabalhador e do grupo, por meio de um processo contínuo que tenha por base padrões e objetivos predeterminados e que devem ser satisfeitos.

Investigar

Várias são as possibilidades para a enfermagem nessa dimensão. A pesquisa acadêmica é sempre estimulada nas políticas públicas e nos manuais publicados pelo Estado. Temas como saúde mental e gênero, saúde das mulheres lésbicas e negras, saúde das mulheres indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural e

saúde da mulher em situação de prisão ainda são pouco explorados, o que dificulta a evolução nas práticas assistenciais destinadas a essas mulheres, uma vez que há escassez de dados para organizar políticas e ações de saúde para a melhoria da qualidade da assistência integral para esses grupos populacionais.

Mesmo nas situações mais divulgadas pela literatura, como as doenças crônico-degenerativas, climatério/menopausa, saúde das mulheres adolescentes, violência doméstica e sexual, mulheres com DSTs/HIV/aids, planejamento familiar, abortamento, atenção obstétrica e mortalidade materna, inúmeras são as possibilidades de desenvolvimento de pesquisas por enfermeiras – por exemplo, práticas já realizadas ou propostas de ações para melhorar a atenção integral à saúde da mulher e fortalecer o conhecimento científico da referida categoria profissional.

Todavia, como essa dimensão não se refere apenas às produções acadêmicas, a enfermagem precisa praticá-la diariamente durante seu trabalho. A enfermeira deve investigar condições sociais, prevalência de DSTs e outras doenças, pessoas com queixas sugestivas de DST, problemas de saúde mais prevalentes nas mulheres e áreas críticas que interferem na organização dos serviços de enfermagem na área de abrangência dos serviços de saúde. Deve, ainda, investigar se as gestantes estão sendo acompanhadas no pré-natal e se foram realizados testes para HIV, hepatite B e sífilis durante este e no momento da internação para o parto ou curetagem uterina por abortamento ou outra intercorrência na gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A "impressão/sensação" de que a atuação mais autônoma da enfermagem na saúde da mulher tem relação intrínseca com a publicação das políticas e programas públicos nacionais despertou-nos o interesse em realizar este estudo.

Foi possível verificar que, no campo da discussão e no campo conceitual, ocorreram avanços significativos nas políticas e programas de saúde da mulher. Nas políticas outrora verticalizadas, definidas em nível central e sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local, foram adotadas a regionalização e a descentralização proposta pela Constituição Federal de 1988, no âmbito da criação do SUS.

As ações propostas para a atuação da enfermagem não tiveram nenhuma modificação expressiva, entretanto as enfermeiras passaram a realizar, de fato, algumas das atividades determinadas nos documentos. A publicação das políticas e programas nacionais de saúde da mulher indicando, em linhas gerais, as ações que deveriam ser desenvolvidas e os limites de responsabilidade de cada categoria profissional possibilitaram o fortalecimento da prática da enfermagem, da sua autonomia e da sua competência técnico-científica.

Na maioria dos documentos analisados, observou-se a descrição apenas das ações que devem ser desenvolvidas, o que "dá abertura" para que a enfermagem avance na sua prática, de acordo com o proposto pela lei do exercício profissional. Esse avanço só poderá ser efetivado por meio da união e da organização da classe para tornar a atuação da enfermagem ainda mais resolutiva, mediante a elaboração de protocolos assistenciais.

A enfermagem organizada deve interferir, também, na realidade construída histórica, cultural, econômica e socialmente, que vem impedindo a mulher de ser sujeito de sua própria história e saúde. Uma atuação humanizada no atendimento às mulheres, garantindo uma atenção com o respeito e a confiança que merece um ser integral (inteligente e sensível), bem como considerando sua individualidade, fará com que a enfermagem esteja contribuindo para que haja pessoas e comunidades atuantes que sabem utilizar os serviços públicos à sua disposição com critério e discernimento e que têm responsabilidade pela promoção e proteção da sua saúde; ou seja, que exerçam de forma plena sua cidadania.

Vale colocar, ainda, que as possibilidades de discussão sobre o tema tratado neste trabalho não termina neste momento. Sem dúvida alguma, a pesquisa configura-se como um quadro referencial, uma vez que se pretende dar continuidade à investigação do tema em estudos mais avançados para que se possa contribuir efetivamente para o progresso da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da Mulher. São Paulo: Manole; 2007. p. 30-61.

2. Brasil. Ministério da Saúde. II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Brasília: MS; 2008.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.

4. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006 jul/dez; 16(8): 20-45.

5. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Méd Farm e Com. 2005 out/dez; 3(1): 72-80.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher: bases programáticas. Brasília: MS; 1984.

7. Conselho Regional de Enfermagem De Minas Gerais (COREN-MG). Legislação e Normas. Belo Horizonte: COREN; 2009.

8. Tyrrel MAR, Carvalho V de. Programas Nacionais e Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 1993.

9. Brasil. Ministério da saúde. Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: Assistência de Enfermagem à Mulher, Criança e Adolescentes em Serviços Locais de Saúde. Brasília: MS; 1994.

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

11. Gonçalves AM, Sena RR. Assistir/cuidar na enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 1998; 2(1):2-7.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília: MS; 2006.

13. Gerk MAS. Consulta de enfermagem à mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da Mulher. São Paulo: Manole Ltda; 2007.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Manutenção de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: MS; 2008.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3ª ed. Brasília: MS; 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília: MS; 2002.

17. Donosco MTV. O gênero e as suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 2000; 4(1/2):67-9.

18. Almeida MIR. Manual de planejamento estratégico. São Paulo: Atlas; 2001.

Data de submissão: 23/3/2011
Data de aprovação: 16/6/2011

ACESSO À MAMOGRAFIA: PERCEPÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELA POLÍTICA DA SAÚDE DA MULHER

THE ACCESS TO MAMMOGRAPHY AND THE PERCEPTIONS OF WOMEN'S HEALTH POLICY MARKERS

ACCESO A LA MAMOGRAFÍA: PERCEPCIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA POLÍTICA DE SALUD DE LA MUJER

Queli Lisiane Castro Pereira[1]
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[2]

RESUMO

A mamografia é o método considerado mais eficaz de diagnóstico para a detecção do câncer de mama. O objetivo com este trabalho foi identificar a percepção dos responsáveis pela política da saúde da mulher sobre o acesso ao exame de mamografia às clientes climatéricas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, envolvendo os 22 responsáveis pela política da saúde da mulher dos municípios da 3ª Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS). Há insatisfação dos sujeitos com a oferta dos serviços de mamografias, que está aquém das demandas. O número reduzido de exames pode ser considerado uma das causas da detecção tardia do câncer de mama e, assim, contribuir para o maior número de mortalidade por essa patologia. Conclui-se que há necessidade de aumentar o número de cotas para atender à demanda de mamografias às mulheres climatéricas para diminuir o índice de mortalidade por câncer de mama nessa região.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Mamografia; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Mammography is considered the most effective tool for the early detection of breast cancer. This study aimed to identify the policy markers' perception on mammography access to menopausal women using the Brazilian Public Healthcare System. This is a descriptive, exploratory and qualitative research that implicated 22 women's health policy makers of the municipalities under the 3rd Regional Healthcare Coordination in the state of Rio Grande do Sul. The results demonstrated the clients' dissatisfaction with the services provided since the test's supply is lower than its demand. The small number of mammogram tests performed can be considered one of the reasons for late breast cancer diagnosis and therefore contributes to a large number of deaths from the disease. In conclusion, it is necessary to increase the number of mammograms for menopausal women and so reduce the death rate from breast cancer in the region.

Key words: Women's Health; Climacteric; Mammography; Public Healthcare System; Health Services.

RESUMEN

La mamografía es el método considerado más eficaz de diagnóstico para la detección del cáncer de mama. El presente estudio buscó identificar la percepción de los responsables de la política de salud de la mujer acerca del acceso al examen de mamografía de las usuarias del Sistema Único de Salud. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria cualitativa que involucró 22 responsables de la política de salud de la mujer de los municipios de la 3ª Coordinaduría Regional de Salud/RS. Los resultados muestran insatisfacción de los sujetos con la oferta de los servicios, que es inferior a la demanda. El número reducido de exámenes puede ser considerado una de las causas de la detección tardía del cáncer de mama y así contribuir a un mayor número de mortalidad por tal patología. Se concluye que habría que aumentar el número de cuotas para atender la demanda de mamografías a las mujeres climatéricas y, así, disminuir el índice de mortalidad por cáncer de mama en esta región.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Climaterio; Mamografía; Sistema Único de Salud; Servicios de Salud.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro Pesquisador do grupo de estudo e pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do *Campus* Universitário do Araguaia da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

[2] Enfermeira e Administradora Hospitalar. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do programa de pós-graduação em enfermagem curso de Mestrado e Doutorado da FURG. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Atlântico Sul/Pelotas. Líder do grupo de estudo e pesquisa GEES. E-mail: hedihs@terra.com.br
Endereço para correspondência – Rua das Goiabeiras, 872, Jardim das Mangueiras. Barra do Garças-MT. CEP: 78600-000 E-mail: quelilisiane@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Ao observar o crescimento populacional, é possível notar a tendência de redução da natalidade, bem como o aumento significativo do contingente populacional que ultrapassa a faixa etária dos 60 anos. Nesse sentido, é imprescindível conhecer os serviços e ações de saúde disponibilizados às mulheres climatéricas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), por considerar que o envelhecimento populacional é um fato exposto e consumado. Cabe aos dirigentes dos serviços de saúde a configuração de ações para aumentar qualitativamente a longevidade, reduzir as possibilidades de contrair ou desenvolver doenças, diminuir os custos da seguridade social e, consequentemente, proporcionar melhoria da qualidade de vida às climatéricas usuárias do sistema de saúde.

As mulheres, a partir dos 40 anos de idade, devem realizar, anualmente, a mamografia de rotina, pois essa é a melhor oportunidade de detectar precocemente qualquer alteração nas mamas antes mesmo que a usuária ou profissional de saúde possa notá-la ou apalpá-la.[1-3]

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública não somente pelo número de casos diagnosticados de forma crescente a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Em 2006, com 8,8%, o câncer foi a quarta causa de internação de mulheres entre 10 e 49 anos no SUS.[4] Atualmente, é a segunda causa de morte por doença no nosso país com 13.377, ou seja, 21% dos casos. Ressalte-se que dentre as principais causas de morte da população feminina estão as neoplasias, principalmente, o câncer de mama (15%) e o de colo do útero (6,6%).[4-6] O número de casos novos de câncer de mama apresenta tendência ascendente, dadas as mudanças ambientais, urbanização acelerada e adoção de estilos de vida favoráveis à carcinogênese, assim como a elevação da expectativa de vida da população.[1]

O câncer de mama, até o momento, não pode ser evitado, por ser de etiologia desconhecida, todavia algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção. A atividade física moderada, dieta rica em frutas e verduras, primeira gestação antes dos 30 anos de idade, menarca tardia, menopausa precoce são alguns dos fatores de proteção. São considerados fatores de risco: exposição a radiações ionizantes, grande ingestão de gorduras saturadas, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos de idade, uso indiscriminado de hormônios, consumo de álcool e antecedentes familiares positivos.[1,2,7]

O câncer de mama, geralmente, se apresenta como um nódulo na mama. As primeiras metástases comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas. Os ossos, fígado, pulmão e cérebro são outros órgãos que podem, frequentemente, apresentar metástases do referido câncer. Calcula-se em seis a oito anos o período necessário para que um nódulo atinja um centímetro de diâmetro. Essa lenta evolução possibilita a descoberta ainda cedo dessas displasias, se as mamas forem, periodicamente, examinadas.[2]

Diante disso, é fundamental que os serviços de saúde realizem ações de prevenção primária mediante orientação e esclarecimento sobre a importância do autoexame, da realização do exame clínico das mamas por profissionais de saúde durante a consulta ginecológica e da coleta do exame citopatológico, além de disponibilizar a prevenção secundária com a realização da mamografia para que, caso haja alguma alteração, tais como nódulos, cistos e microcalcificações, esta possa ser identificada precocemente.

A mamografia pode detectar um câncer de mama até dois anos antes de ele ser palpável. Pode ser considerado o método mais eficaz de diagnóstico para a detecção do câncer de mama. Quanto mais precoce a remoção do tumor na fase inicial, mais eficiente é a redução da taxa de mortalidade das usuárias portadoras de neoplasia e maior é a possibilidade da melhoria de sua qualidade de vida. Portanto, é fundamental a elaboração e implementação de políticas públicas, na Atenção Básica, que enfatizem a atenção integral à saúde da mulher climatérica. Destaque-se que elas precisam garantir, dentre outras ações, a prevenção do câncer de mama, oportunizando o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente e, assim suprir as necessidades singulares ao seu ciclo vital da mulher.[8]

A consolidação e a efetivação, na esfera municipal, da Portaria nº 648, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, contempla etapas importantes para que o sistema de saúde consiga prestar serviços resolutivos e eficientes, de forma equitativa. Ao contemplar a macroprioridade do pacto pela vida, o qual se refere ao compromisso dos gestores em torno de prioridades de a impacto sobre a situação de saúde da população, almeja melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. A concentração de exames de mamografias em mulheres 40-69 anos de idade é um dos indicadores do pacto pela vida, referentes à saúde da mulher.[4]

Diante disso, o objetivo com esta pesquisa foi identificar a percepção dos responsáveis pela política da saúde da mulher sobre o acesso ao exame de mamografia às climatéricas usuárias do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Inicialmente, foi obtido o consentimento formal do delegado da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPel sob o parecer nº 064/07.

O estudo foi desenvolvido nos 22 municípios de abrangência da 3ª CRS/RS, localizados no extremo sul do Estado gaúcho. A referida Coordenadoria de Saúde abrange os municípios de: Amaral Ferrador, Arroio

Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

Os atores sociais deste estudo foram os 22 profissionais responsáveis pela Política da Saúde da Mulher de cada um dos municípios da 3ª CRS/RS, sendo identificados pelas letras "RPSM", seguidos de números arábicos, conforme o seguimento/ordem das entrevistas realizadas (RPSM1, RPSM2..., RPSM22).

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Após a elaboração do instrumento de pesquisa, foram realizados dois testes piloto para verificar se tudo estava claro e compreensível. Os sujeitos foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, garantia de anonimato, liberdade de participar e de desistir em qualquer momento, sem prejuízo individual. As entrevistas foram agendadas por telefone, de acordo com roteiro elaborado, o qual levou em consideração a posição geográfica dos municípios, procurando agendar no mesmo dia os municípios próximos. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em duas vias, permanecendo uma com as pesquisadoras e a outra com o sujeito do estudo.

Os dados coletados no segundo semestre de 2007 foram gravados em um MP3. Posteriormente o material foi organizado e as leituras e releituras que conduziram à análise qualitativa, processadas. A operacionalização dos dados foi realizada de acordo com as três etapas da análise temática descrita por Minayo.[9] Esse processo levou, aproximadamente, três meses. Na pré-análise, com base no contato intensificado com o material de campo, desde a transcrição das entrevistas foi possível absorver o conteúdo das falas dos RPSM e, no decorrer das leituras flutuantes, a captação dos aspectos relevantes de cada fala ficou mais clara. Assim, foi possível aliar o *corpus* e os significados pertinentes à questão da pesquisa ao objetivo do estudo. Concomitantemente à leitura repetida do material das entrevistas, foi realizada a identificação e destacadas as palavras-chave no texto. Posteriormente, foram feitos recortes nas falas e a categorização para a análise. A exploração do material partiu da delimitação do *corpus* com a compreensão das falas de cada um dos RPSMs por meio das palavras-chave identificadas na pré-análise. Assim, avançou-se para o ordenamento e a organização dessas palavras por meio de tabelas. Nelas, foi possível visualizar inicialmente os temas, os quais continham a agregação dos dados, facilitando significativamente o processo de análise e interpretação dos dados.

No transcorrer de todo o processo, utilizou-se a triangulação dos dados, ou seja, eles foram confrontados com o referencial teórico e com as reflexões das pesquisadoras. Dessa forma, ocorreu a compreensão dos dados, comprovando a maior clareza teórica e o aprofundamento interdisciplinar enunciados por Minayo.[9]

DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi feita com base na contagem das unidades de significação presentes nas falas das participantes em relação às questões apresentadas, obtendo-se cinco categorias: Cotas insuficientes; Eficiência e resolutividade do projeto "Um toque de vida"; Temerosos quanto à não renovação do convênio; Alternativas para produzir diferentes maneiras de cuidar em saúde; e Mamografia disponibilizada sem problemas.

Cotas insuficientes

Com base nas falas dos sujeitos entrevistados e da análise e discussão dos dados, foi possível identificar as percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher sobre o acesso ao exame de mamografia das climatéricas usuárias do SUS.

A maioria dos RPSM mostrou-se insatisfeita quanto às cotas de seus municípios para a realização da mamografia, pois são em número insuficiente às suas reais demandas. Esse fato limita a oportunidade de as mulheres climatéricas alcançarem o diagnóstico precoce do câncer de mama:

> *Mamografia, também. São 22 mamografia por mês, muito pouco pro nosso município; o número de usuários é muito grande. A demanda é muito grande.* (RPSM 2)

> *O ruim é que nossa cota é muito pequena e muito variável. Esse mês a gente tem 30, mês que vem podem nos ceder só 15, e aí temos que ficar com as quinze, pra nos é complicado. Por que é muito difícil da gente conseguir marcar. Essa é uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui.* (RPSM 3)

> *Hoje em dia nos temos uma dificuldade de encaminhar esses pacientes pelo SUS, porque nos não temos alguém que faça especificamente e unicamente pelo SUS no município. Não dá para marcar mamografia para daqui há 60, 90 dias e até mais, na maioria das vezes.* (RPSM 14)

> *Atualmente, nós estamos com muito baixo índice de mamografia. Estamos tentando aumentar o teto. O que aconteceu quando nos tínhamos o mamógrafo aqui: funcionava muito bem, aí o mamógrafo começou a estragar e começaram a diminuir o número de mamografia. O governo começou a repassar, como eu entendi, conforme o número de mamografias do ano anterior, aí nos ficamos com o teto muito baixo de mamografia, se eu não me engano são umas quinze mamografias por mês. Até assim ó, eu atendo as mulheres: eu informo que elas teriam que fazer, informo a palpação, mas algumas até fazem particular, outras têm algum tipo de convênio.* (RPSM 11)

Essa situação preocupante faz com que as ações de prevenção do câncer de mama sejam desacreditadas e desqualificadas, porque, ao buscá-las, os serviços não possuem condições de atender à demanda, por isso o atendimento à climatérica é postergado. Essa conjuntura cria nos usuários desconfiança e insatisfação

e nos profissionais, frustração, pois de que adianta os profissionais de saúde estimularem, conscientizarem as mulheres sobre a importância de fazerem o autoexame e a mamografia se os serviços de saúde não oferecem condições para tal?

Concorda-se que a prestação de serviços públicos vem sendo caracterizada como lenta e ineficaz, o que tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza esses serviços.[10]

Com base nas falas dos RPSMs, visualiza-se a necessidade de sensibilizar os gestores a fim de aumentar as cotas de exames para a realização da mamografia ou de adquirir um mamógrafo para a rede municipal de saúde a fim de que os municípios façam consórcios intermunicipais e, assim, facilitem o acesso ao referido exame.

Eficiência e resolutividade do projeto "Um toque de vida"

As climatéricas usuárias do SUS da 3ª CRS/RS puderam contar por três anos com o projeto pioneiro denominado "Um toque de vida", elaborado com a finalidade de orientar, informar e conscientizar mulheres sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama, desenvolvido pela Fundação de Apoio Universitário, Universidade Federal de Pelotas e ONG Mama Vida com recursos do Ministério da Saúde.

O projeto também teve como apoiadores a Sociedade Brasileira de Mastologia, o Comitê Gaúcho contra o Câncer de Mama, a Secretaria da Saúde de Pelotas, a Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) e das prefeituras municipais dos municípios da 3ª CRS.

Com o "Mamamóvel", um caminhão-baú equipado com salas de mamografia, de exames, de espera e banheiro químico, é que foi possível levar a mamografia até os municípios da 3ª CRS/RS.

Pode-se observar que o projeto itinerante é reco-nhecido pelos RPSMs por causa das sua eficiência e resolutividade ao realizar um grande número de mamografias sem burocracia, garantindo a agilidade e, principalmente, auxiliando na redução e no tratamento do câncer de mama nesses municípios:

> *O caminhão da 'Mama Vida' veio aqui ano passado. Essa foi a segunda vez que ele veio aqui. O 'Mama Vida', ano passado, fez em torno de 220 e este ano, 180. Enquanto que a gente pelo SUS conseguiu marcar 14, a muito custo. Aqui a gente tem muita dificuldade de marcar mamografia em Pelotas.* (RPSM 13)

> *Olha, não tem mamógrafo, mas uma vez por ano a 'Mama Vida' vai lá; eles fizeram 250 e 200 mamografias nesses dois últimos anos.* (RPSM 18)

> *Com parceria com o 'Mama Vida', fizemos um mutirão fomos a quase 300 exames. Nós temos que aproveitar! Como nos não temos no município o mamógrafo, quando tem esses mutirões a gente divulga bem pra elas aproveitarem a oportunidade.* (RPSM 3)

> *A gente teve o 'Mamamóvel' aqui, eles vieram já duas vezes. na primeira vez eles fizeram quase 500 e da segunda vez deu 200 e poucas. E tirando a 'Mama Vida' se faz* [mamografia] *conforme a demando encaminhado à Pelotas. Agora a gente está mais acompanhando essas mulheres, que tiveram algum tipo de alteração na mamografia. Mas se a climatérica precisar de algum tratamento, ele é feito em Pelotas.* (RPSM 10)

Antes de marcar a visita do "Mamamóvel", esclarece o Grupo de Trabalho de Humanização do HE/UFPEl, a coordenação do projeto conta com a secretaria de saúde de cada município para agendar, previamente, os atendimentos, sendo planejado e organizado como auxílio da Emater, que, por meio de seus escritórios regionais, auxilia na divulgação e no agendamento das mulheres da zona rural.

Nesse aspecto, a RPSM 19 lamenta não poder captar mais mulheres para realizar a mamografia em razão de o tempo disponível para a divulgação ter sido pouco:

> *A mamografia é referenciada para Pelotas e a 'Mama Vida' foi lá duas vezes e ofereceram 200. Mas da última vez não chegou a fazer 200 porque não foi muito divulgado; eles não deram tempo, avisaram: 'Semana que vem' e ai as agentes comunitárias não conseguiram avisar a todas; a comunidade é espalhada. A gente consegue muita coisa através do rádio, mas não é em todo o lugar que pega rádio. Então desta última vez não foi muito divulgado, então não foram todas as mulheres que deveriam ir.* (RPSM 19)

Temerosos quanto à não renovação do convênio

Em virtude do bom resultado das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama pelo projeto itinerante "Um toque de vida", alguns dos RPSM mostraram-se preocupados com um possível cancelamento dos valores destinados ao projeto pelo governo federal, o que inviabilizaria sua operacionalização:

> *A 'Mama Vida' veio esse ano em janeiro e nós fizemos em torno de 300 mamografias. É quando se consegue fazer as mamografias. Mas agora, com toda essa situação, não sei se vai ter mais. Eu não sei como é que tá, acho que é uma questão de recursos. Isso é um problema para os municípios pequenos; pra nós foi uma coisa muito boa, a gente conseguiu 300 e todas as mulheres que apresentaram problema já foram referenciadas, agendadas.* (RPSM 21)

> *Bom, a mamografia no município nos não temos ai tem que ir à Pelotas para fazer, agora a cota vou te ficar devendo. A 'Mama Vida' já veio uma vez aqui, este ano não veio ainda, porque eles estão com um pouco de dificuldade de conseguir recursos, alguma coisa assim que eu ouvi falar.* (RPSM 8)

> *A 'Mama Vida' foi lá e ficou bastante gente faltando, e aí estava agendado para abril, só que ai deu esse problemas e eles pararam. Mas foram feitas bem mais que 250, acho que quase 300. Temos uma dificuldade horrível para agendar em Pelotas.* (RPSM 16)

De acordo com a Ata da Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB), de fevereiro de 2007, há destaque que o convênio do projeto de prevenção e diagnóstico do câncer de mama, "Um toque de vida", com o Ministério da Saúde está terminando. O referido projeto está em avaliação no INCA, com recomendação da Resolução nº 002/07, da CIB/Regional da 3ª CRS.

Almeja-se que o INCA analise o referido projeto e enfatize-lhe a relevância e a abrangência social e preventiva. Não há dúvida de que será uma perda muito grande para a saúde da população da 3ª CRS/RS caso o INCA não emita parecer favorável ao Ministério da Saúde quanto à renovação do convênio, sem o qual é inviável a operacionalização do projeto. Além do diagnóstico precoce, do tratamento, a usuária submetida a cirurgia contava com o atendimento psicológico, com um banco de perucas para as pacientes submetidas a quimioterapia e um de próteses mamárias de espuma para as mastectomizadas.

Notou-se que os municípios que possuem mamógrafo juntamente com a cobertura do "Mamamóvel" não referiram limitação na realização da mamografia:

> *Nos temos mamógrafo aqui na cidade, a cota eu não sei, mas não tem faltado. Temos também a 'Mama Vida', que veio e fez em torno de 200 exames. Dois anos eles vieram para a cidade. Este ano eles foram para o interior, pela dificuldade que elas, do interior, têm em vir para a cidade. Então, a mamografia aqui no município está ok, acho.* (RPSM 7)

> *Bom quanto ao CA de mama é feito a prevenção através da avaliação clinica na hora de fazer o CP e qualquer alteração é encaminhada para cá* [centro de especialidades]*, nos temos mamografia e tem o mastologista que atende aqui.* (RPSM 4)

Alternativas para produzir diferentes maneiras de cuidar em saúde

Com a intenção de disponibilizar a mamografia de forma mais eficiente e em menor tempo, alguns municípios deixam de referir as usuárias para Pelotas ,que é referência para esse exame, e encaminham para outros municípios.

> *Não temos mamógrafo. As mamografias são encaminhadas para São Lourenço e Camaquã. Nós estamos conseguindo agendamento para daqui a dois meses até porque o mamógrafo de São Lourenço está com problemas, está estragado e são seis por mês só.* (RPSM 21)

> *Marcar mamografia em Pelotas é bem complicado. Como o município pertencia à 7ª CRS de Bagé, aí acabou ficando algum teto de mamografia lá. É mais fácil a gente marcar por Bagé do que por Pelotas, que demora muito. Não que lá seja de hoje para amanhã, mas é bem mais ágil. Lá nosso teto é de duas por mês. O município paga algumas, as que são mais urgentes.* (RPSM 17)

O Rio Grande do Sul é o Estado que apresenta o maior número de câncer de mama do Brasil. Esse tipo de câncer, que representa 22% dos casos de câncer do País, é um dos mais temidos pelas mulheres por estar relacionado com a feminilidade. Mulheres entre 45 e 65 anos são as mais atingidas, entretanto a incidência entre as mais jovens vem aumentando.[1]

Pode-se dizer que esse contexto de limitação de cotas, que impede que a grande maioria das mulheres com mais de 40 anos realize a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, contribuiu para que a 3ª CRS tenha tido o segundo maior coeficiente, por 100 mil mulheres, de mortalidade por câncer de mama no período de 1997 a 2003.[11]

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), de 2003, entre as mulheres de 50 anos e mais, apenas 50,3% referiram que já tinham se submetido a um exame de mamografia.

Os RPSMs reconhecem a extensão da cobertura proporcionada pelo projeto "Um toque de vida" às mulheres, dentre elas as climatéricas usuárias do SUS, que correspondem ao público-alvo do projeto, que são mulheres acima de 40 anos de idade ou que têm histórico familiar de câncer de mama:

> *Temos o apoio do projeto 'Mama Vida', que vem anualmente fazer a detecção precoce do câncer de mama. Ano passado fizeram mais ou menos 210 mamografias. Só que o 'Mama Vida' determina a faixa etária a partir dos 40 anos. Mas a gente também se encaminha a Pelotas. Muitas delas fazem sem ser pela 'Mama Vida', porque se orientam e elas sabem da importância de ser feito anualmente.* (RPSM 6)

Para as mulheres que não correspondem aos critérios do projeto, resta ser contemplada pela cota de cada município ou, de acordo com as suas possibilidades financeiras, realizar a mamografia de forma particular.

Visando garantir que as usuárias com um risco potencial para a doença fossem contempladas, os profissionais de um dos municípios organizaram a demanda conforme a prioridade das usuárias dos serviços, de acordo com o princípio da equidade, que é alcançado quando os recursos são disponibilizados para as pessoas que necessitam mais dos serviços.[12]

> *O ano passado a 'Mama Vida' fez 250 mamografias, então é rapidinho e a gente aproveita. O ano passado a gente combinou que cada unidade teria um número x de mulheres para encaminhar – aquelas que o clinico já viu, já conhece e acha que há uma necessidade mais premente de realizar–, então se dividiu isso em torno de 20 a 30 pacientes por unidade e se drenou para a campanha da mamografia dentro da faixa etária.* (RPSM 14)

Provalvelmente em razão de a cota para a mamografia ser insuficiente para a demanda, gerando risco à saúde das usuárias, entre elas a das climatéricas, dois municípios estão tentando adquirir aparelho de mamografia para garantir o diagnóstico precoce do câncer de mama:

> *Nós tínhamos o mamógrafo que estragou, nós estamos em fase de tentar instalar um novo mamógrafo. Esta vindo uma mastologista pra cá, porque por enquanto a nossa referencia é Pelotas, e tá complicado.* (RPSM 11)

> *Ano passado, teve uma campanha feita pelo Avon, se não me engano, era 'Um beijo pela vida', que permitia a ideia de que se conseguisse um mamógrafo para o município. Daí fizemos uma caminhada, fizemos um projeto e o levamos projeto ao conhecimento da Avon [...], na tentativa de conseguir um mamógrafo para que nos facilitasse o pedido de exames. Porque, na verdade, a gente tem que limitar entre aspas cotas, por que nos não vamos fazer mamografia em todas as mulheres acima de 40 anos.* (RPSM 14)

Percebe-se que esses profissionais de saúde estão comprometidos com as necessidades da comunidade e engajados em ampliar a autonomia e a capacidade de resolutividade da intervenção dos serviços e ações de saúde em prol das usuárias do SUS. Esses profissionais parecem ter clareza de que o câncer de mama é o que mais mata as mulheres gaúchas e que, no entanto, se detectado precocemente, oferece 98% de chances de cura. Mulheres que se submetem às mamografias regularmente reduzem em até 30% o risco de mortalidade por essa doença.[3]

A campanha "Um beijo pela vida", referida pela RPSM 14, existe desde 2003. É atualmente uma das principais frentes de atuação do Instituto Avon contra o câncer de mama. Ela dá suporte financeiro e logístico a projetos que levam a mulher a ter mais informação sobre o câncer de mama e mais acesso a exames de detecção e tratamento. O instituto Avon já doou 19 mamógrafos, dentre outros equipamentos, para centros de atendimento público.[13]

Mamografia disponibilizada sem problemas

Segundo os RPSMs, apenas três municípios não possuem problemas para disponibilizar a mamografia às usuárias do SUS:

> *Quanto à cota, nunca tivemos problema para marcar.* (RPSM12)

> *Temos facilidade de marcar em Pelotas. Lembro que não é um tempo muito longo que se aguarda. Eu não sei qual é a nossa cota.* (RPSM 18)

> *Nós não temos tido problemas com a cota. Como a nossa população é pequena, a gente não tem tido problema.* (RPSM 19)

Como não têm uma demanda para a realização da mamografia, os RPSMs 12, 18 e 19 não têm problemas para marcar o exame no município de referência para a realizaçao do exame. Tais afirmações são, no mínimo, paradoxais, se considerarmos a recomendação do Ministério da Saúde de que a mamografia deve ser realizada anualmente a partir dos 40 anos. Diante disso, acredita-se que as mulheres não estão sendo incentivadas, tampouco informadas pelos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção e da realização da mamografia para o diagnóstico precoce do câncer de mama anualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo foi possível identificar como insatisfatória o acesso ao exame de mamografia em relação à demanda das climatéricas usuárias do SUS nos municípios de abrangência da 3ª CRS/RS. A maioria dos RPSMs encontra-se insatisfeita quanto às cotas de seus municípios para a realização da mamografia, pois são em número insuficiente às suas reais demandas, fato que limita a oportunidade de as climatéricas realizarem o diagnóstico precoce do câncer de mama. Diante dessa situação, questiona-se: De que adianta os profissionais de saúde estimularem e conscientizarem as mulheres sobre a importância de fazerem o autoexame e a mamografia se os serviços de saúde não oferecem condições para tal?

Em suma, questiona-se qual a contribuição efetiva dos equipamentos de mamografia para essa tarefa amplamente coletiva, que é produzir saúde quando limitações de acesso e cotas são impostas. É preciso rever a cobertura do exame de mamografia para que esteja de acordo com as necessidades não somente das climatéricas, mas de todas as usuárias que tenham indicação de realizá-la. A demanda não deveria ser reprimida pela oferta do serviço, que tem limitado o acesso das usuárias do SUS ao uso desse serviço de prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

O câncer de mama é temido pelas mulheres não somente por estar relacionado com a feminilidade, mas também pela conjuntura biopsicossocial que permeia todos os fatores decorrentes dessa patologia. As mulheres mais atingidas pelo câncer de mama são as de idade entre 45 e 65 anos, dada a tendência de aumentar, cada vez mais, o número de mulheres nessa faixa etária em virtude do aumento da expectativa de vida. Portanto, é preciso que sejam reavaliadas as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama para que, em curto prazo, a 3ª CRS não esteja mais em segundo lugar, entre as CRS, com o segundo maior índice de mortalidade feminina por câncer de mama. É importante considerar que essa incidência elevada pode estar relacionada à maior notificação e registro desses dados.

A redução da incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco do câncer de mama; já a redução da mortalidade depende da capacidade do sistema de saúde em detectar o câncer o mais precocemente possível e tratá-lo adequadamente. Dessa forma, há relação de interdependência entre promoção, prevenção e assistência a ser oferecida à mulher.

A execução de diversas ações de controle do câncer depende, consideravelmente, do estágio de desenvolvimento de cada município e de suas particularidades socioculturais e econômicas. Isso porque, cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta,

corrói-se a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário.[14]

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama nos municípios da 3ª CRS/RS justificam a urgência de implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses forem necessários.

Com base nos dados, denota-se como necessário aumentar as cotas de exames para a realização da mamografia ou, ainda, viabilizar a aquisição do aparelho de mamografia para a rede municipal de saúde, a fim de que os municípios possam realizar consórcios intermunicipais e, assim, facilitar o acesso e aumentar a cobertura do referido exame às usuárias do SUS. Nesse sentido é que dois municípios estão tentando adquirir o aparelho de mamografia. Essa poderá ser uma estratégia facilitadora capaz de aumenatar o acesso ao serviço de mamografia e beneficiar um grande número de mulheres.

Notou-se que os municípios que possuem mamógrafo, juntamente com a cobertura do referido projeto itinerante, não referiram limitação na realização da mamografia.

O projeto itinerante "Um toque de vida", reconhecido pelos RPSM dada sua eficiência e resolutividade ao realizar um grande número de mamografias sem burocracia, garante a agilidade e, principalmente, auxilia na redução e no tratamento do câncer de mama nesses municípios.

Ressalte-se a importância do restabelecimento do convênio entre o Ministério da Saúde e o referido projeto itinerante, pois sua metodologia de trabalho contribui para a diminuição do diagnóstico em estádios mais avançados do câncer de mama e, dessa forma, poderá estar colaborando para o decréscimo das taxas de mortalidade por câncer de mama.

Conclui-se que é fundamental a elaboração e a implementação de políticas públicas na Atenção Básica que enfatizem a atenção integral à saúde da mulher climatérica que garantam o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, para suprir as necessidades singulares do ciclo vital feminino em todas as suas fases.

REFERÊNCIAS

1. Molina L, Dalben I, Luca L A de. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(2):185-90.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2005. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA/MS; 2005.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 13 Controle dos cânceres de colo do útero e da mama**.** Brasília: MS; 2006.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS nº 2: temático da mulher. Brasília: MS, 2008.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Anuário estatístico de saúde do Brasil. Brasília: MS; 2002.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2004.

7. Soares CMJ. Um olhar sobre as representações sociais das enfermeiras acerca da detecção precoce do câncer de mama, com enfoque no auto-exame[dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

8. Pereira LCP. Mulher climatérica usuária do Sistema Único de Saúde:serviços e ações de saúde [dissertação]. Rio Grande do Sul (RS): Programa de Pós-graduação em Enfermagem/FURG; 2007.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

10. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO; 2006. p. 65-107.

11. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: SES; 2004

12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: MS/ Unesco; 2002.

13. Instituto Avon. Rio de Janeiro: AVON; 2007. [Citado 2007 out. 13]. Disponível em: <http://www.institutoavon.org.br/beijopelavida>.

14. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saber e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – Abrasco; 2007. p. 47 -62.

Data de submissão: 9/9/2010
Data de aprovação: 4/4/2011

APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO DE ALTA ÀS PUÉRPERAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

EVALUATION OF HOSPITAL DISCHARGE GUIDELINES AND ITS APPLICATION TO PUERPERAL WOMEN SHARING A ROOM IN A PUBLIC HOSPITAL IN BELO HORIZONTE

APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS DIRECTRICES DE ALTA DE MUJERES EN POSPARTO EN SALA COMÚN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE

Fernanda Penido Matozinhos[1]
Juliana Peixoto Albuquerque[1]
Laise Conceição Caetano[2]

RESUMO
Trata-se de um estudo de natureza descritiva, no qual se utilizou o pré- e o pós-teste. Os dados obtidos foram processados e analisados no programa Microsoft Office Excel. A análise das palavras coletadas foi realizada mediante a verificação da frequência. Foram realizadas 9 reuniões de orientações de alta e a amostra compreendeu 92 indivíduos. A idade dos participantes variou entre 15 e 40 anos. Quanto à via de parto, 44 partos foram normais e 29 cesarianos. Durante o pré-teste, 9 mulheres associaram à amamentação aos cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado as palavras "não sabe" ou "nada" e 14 associaram tais termos a palavras negativas. Já no pós-teste, todas as palavras associadas foram positivas. Observa-se que o trabalho desenvolvido possibilitou o empoderamento da população envolvida sobre a própria saúde e com relação aos cuidados necessários ao recém-nascido.
Palavras-chave: Puerpério; Educação em Saúde; Alojamento Conjunto; Recém-Nascido.

ABSTRACT
This is a descriptive study in which a pre and a post-test were performed. The data were processed and analyzed using Microsoft Office Excel. The analysis of the words collected was conducted through a word frequency test. 9 meetings were held to discuss the guidelines for hospital discharge. The research samples consisted of 92 patients. The participants were aged between 15 and 40 years old. Regarding the childbirth, 44 were normal deliveries and 29 were achieved through caesarean section. During pre-test, 9 women associated breastfeeding, newborn care and self-care with the terms "do not know" or "nothing" and 14 related the same terms with negative words. In the post-test, all associated words were positive. The study revealed that the work developed empowered the patients to take an active interest in their own health and in the care of their newborn.
Key words: Puerperium/Postnatal; Health Education; Shared Hospital Room; Newborn.

RESUMEN
Se trata de un estudio descriptivo con pruebas preliminares y pruebas posteriores. Los datos fueron procesados y analizados con el programa Microsoft Office Excel. El análisis de las palabras recogidas se realizó mediante la verificación de la frecuencia. Se realizaron nueve para discutir las directrices orientación de alta. La muestra consistió en 92 pacientes entre 15 y 40 años. En cuanto a la modalidad de parto, 44 partos fueron normales y 29 por cesárea. Durante la prueba preliminar nueve mujeres asociaron la lactancia materna a los cuidados del recién nacido y al autocuidado las palabras "no sabe" o "nada" y 14 asociaron tales términos a palabras negativas. En la prueba posterior todas las palabras asociadas fueron positivas. Se observa que el trabajo desarrollado con este estudio permitió que las pacientes involucradas adquirieran interés activo en su propia salud y en el cuidado del recién nacido.
Palabras clave: Posparto; Educación en Salud; Sala Común; Recién Nacido.

[1] Enfermeira.
[2] Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte-MG. CEP: 30130-100. Telefone: (31)96441187. E-mail: nandapenido@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O puerpério é, indubitavelmente, uma fase de intensas mudanças biopsicossociais na vida da mulher e compreende as seis primeiras semanas após o parto.[1] Durante esse período, é comum o relato das puérperas sobre a ansiedade, a insegurança e o despreparo que sentem em relação aos cuidados com o bebê. Esses sentimentos são ainda mais frequentes quando as mulheres são primigestas e/ou não receberam acompanhamento adequado durante pré-natal, parto e puerpério.[2]

No Brasil, país influenciado por inúmeras culturas, é evidente a forte influência do conhecimento popular-empírico, das crenças, dos valores culturais e religiosos sobre os aspectos gestacionais e do puerpério. Isso demonstra que o conhecimento científico deve ser levado à mulher de forma simples, respeitando-lhe a individualidade de forma clara, humana sem julgamentos ou reprovações, dando-lhe oportunidade para expressar seu conhecimento e visualizar possibilidades de mudança de atitude num ambiente saudável e seguro.[3]

É preciso construir, com as puérperas e sua família, uma concepção de educação para a saúde com foco nas principais dúvidas e considerando o meio social em que estão inseridas.[2] A formação do vínculo entre profissional e puérpera é fator primordial no sucesso dessas ações e contribui para a redução da morbimortalidade puerperal.[3]

Autores como Monteiro *et al.*[4] afirmam:

> *A assistência à puérpera é tão importante quanto à assistência durante o pré-natal, pois o preparo para um puerpério saudável começa na fase de gestação, devendo ser reforçado e incrementado logo após o nascimento, para que haja adequado restabelecimento da mulher e sejam identificadas possíveis alterações pós-parto.*

O Alojamento Conjunto promove uma interação mais íntima da puérpera com o recém-nascido e permite incentivar o aleitamento materno, reduzir a incidência de infecções hospitalares cruzadas e possibilitar à equipe de saúde melhor integração e observação sobre o comportamento do binômio mãe-filho.[5,6]

De acordo com Zagonel,[7] o enfermeiro deve fornecer informações precisas durante o puerpério para minimizar os medos e promover um ambiente saudável para a adaptação dessa nova fase de vida. A atuação desse profissional é, portanto, de vasta relevância no Alojamento Conjunto.

Diante dessa realidade, torna-se necessário o desenvolvimento de ações para assistir essa população, principalmente onde a deficiência do autocuidado e do cuidado com o recém-nascido dificulta os momentos subsequentes à alta hospitalar.

Os objetivos com este estudo foram aplicar e avaliar a metodologia previamente elaborada para as puérperas de alta hospitalar no Alojamento Conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, originado durante o II Estágio Curricular do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), em que se propõe um diagnóstico situacional da população-alvo e a implantação de uma orientação de alta baseada em atividades educativas lúdicas coletivas, com ênfase nos cuidados relacionados à saúde da puérpera e do recém-nascido (RN).

A população-alvo deste trabalho constituiu-se de todas as puérperas do Alojamento Conjunto (AC) da maternidade de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte e seus respectivos acompanhantes.

O hospital citado foi construído na década de 1940 e firmou convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, iniciando o processo de universalização do atendimento depois de prestar a assistência, por longo período, apenas aos servidores municipais.[8]

A maternidade do hospital é referência em gravidez de alto risco e responsável por 23% dos partos desse tipo realizados em Belo Horizonte. O berçário de alto risco oferece 40 leitos e a unidade de saúde possui, ainda, 20 leitos de CTI infantil e neonatal.[8]

O Alojamento Conjunto (AC) da maternidade é composto por seis enfermarias, sendo uma destinada ao Projeto Mãe-Canguru (temporariamente ocupada pelo anexo do berçário dada a reforma do setor) e outra às gestantes de alto risco. Por causa dessa reforma, também, a sala destinada a reuniões e a orientações de alta para puérperas foi desativada.

Durante a realização do estágio curricular, no Alojamento Conjunto observou-se uma demanda importante das puérperas quanto aos cuidados relacionados à saúde delas e à do recém-nascido para a alta hospitalar. Verificou-se, ainda, a necessidade de retomar as atividades de orientação de alta, outrora praticadas pelos enfermeiros do setor, mas interrompidas em virtude de fatores como o espaço físico restrito/em obras.

Após a elaboração do diagnóstico de saúde da população atendida no Alojamento Conjunto e de discussões com a enfermeira do setor, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de um projeto de cunho educativo que interviesse no nó crítico encontrado: a inexistência da orientação de alta para as puérperas. É importante salientar que essa questão já foi abordada por outra acadêmica de enfermagem da UFMG, que desenvolveu materiais lúdicos destinados à realização de dinâmicas de grupo para as orientações de alta.

Além dessas motivações, houve, ainda, a necessidade de vinculação com as proposições contidas no Contrato de Gestão e Planejamento de Metas referente às unidades de produção Maternidade e Bloco Obstétrico. Com este trabalho pretendeu-se atender às seguintes metas listadas: "Manter reuniões multidisciplinares com as puérperas"; Meta: "Reuniões com, pelo menos, 80% das puérperas internadas"; Indicador: "Número de puérperas que receberam orientação / total de puérperas que

receberam alta hospitalar"; Ações: "1. Providenciar local de realização, 2. Reuniões diárias com informações"; Responsáveis: "Coordenação, enfermeiras e residentes de enfermagem do setor"; Fonte: "Livro de Ata com registro da presença das mães."

Em momento anterior à aplicação da orientação de alta, foram identificadas as percepções das puérperas em relação ao autocuidado, à amamentação e ao cuidado com o RN, por meio da técnica de associação livre de palavras ou evocação livre, denominada em nosso projeto de "pré-teste". Segundo Machado e Carvalho,[9] a técnica de associação livre de palavras é um tipo de investigação aberta que se baseia na evocação de respostas dadas com base em um estímulo indutor (palavras). Essa técnica permite colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, sendo muito utilizada, então, em pesquisas de representações sociais.[9]

A aplicação do pré-teste seguiu a dinâmica: 1º) Explicação do objetivo do trabalho à puérpera e seus direitos como participante; 2º) Instrução da sequência de três estímulos indutores (autocuidado, amamentação e cuidados com o RN), que elas deveriam evocar, após a apresentação de cada, uma palavra que considerasse a eles relacionados; 3º) À medida que o sujeito se pronunciava, a pesquisadora registrava a palavra evocada em um formulário específico.

Para o desenvolvimento dos itens relacionados à orientação de alta, foram realizadas discussões e dinâmicas grupais com as puérperas do Alojamento Conjunto que receberam ou estavam com a alta hospitalar prevista. Foram utilizados os materiais lúdicos confeccionados no ano anterior por outra acadêmica de enfermagem, pois as dinâmicas criadas ainda não haviam sido utilizadas para a orientação de alta e, por sua vez, não foram avaliadas quanto à adequação, à eficácia e aos objetivos da atividade proposta.

Foram utilizadas três dinâmicas distintas, alternando-se uma para cada reunião de orientações de alta. São elas:

1. Dinâmica "Para quem você tira o chapéu", que consiste de oito chapeuzinhos de palha com um termo no interior de cada um deles. Ao olhar dentro do chapéu, a participante diz se tira ou não o chapéu para o que está escrito nele e o porquê de sua decisão.

2. Dinâmica "Mão na cumbuca", na qual cada participante retira uma das nove fichas contidas na cumbuca. Cada ficha contém uma afirmação e, com ela em mãos, a participante deve ler a frase em voz alta e, em seguida, dizer se ela é verdadeira ou falsa.

3. Dinâmica "Buscando estrelas", na qual cada participante recebe uma das dez estrelas do jogo. Cada estrela contém uma pergunta, que deverá ser respondida pela participante.

As orientações seguiram um roteiro temático predefinido, que incluiu: a) a experiência de ser mãe; b) as percepções e as expectativas de lidar com a nova rotina após a alta hospitalar; c) as percepções e as expectativas de amamentar, cuidar do coto umbilical e dar o banho no recém-nascido; e d) fatos que dificultam ou facilitam essas situações, incluindo percepções e expectativas da capacidade de superar obstáculos que eventualmente podem surgir.

Após realizar a orientação, avaliou-se a atividade aplicando o pós-teste, da mesma forma como foi realizado o pré-teste. É importante salientar que o pré- e o pós-teste são individuais e foram realizados com as mesmas puérperas, seguindo os mesmos critérios. Foram excluídos os dados das mães que se recusaram a responder a quaisquer das questões propostas.

Todas as atividades deste trabalho, incluindo a coleta de dados, ocorreram no período de março a junho de 2010. Os dados foram processados e analisados por meio do programa Microsoft Office Excel (2007). Foi realizada a análise das palavras coletadas no pré e no pós-teste por meio do agrupamento e da verificação da frequência, em que se avaliou a intervenção.

O projeto em apreço foi avaliado e aprovado pelo CEP-HOB. Todos os envolvidos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e seus direitos como participantes.

RESULTADOS

Foram realizadas 9 reuniões de orientações de alta, entre os dias 6 e 20 de abril de 2010, e a amostra compreendeu 92 indivíduos, sendo 73 (79,3%) puérperas e 19 (20,7%) acompanhantes. A idade das puérperas participantes variou de 15 a 40 anos, com média de 28 anos. Quanto à via de parto, 44 (61%) foram normais e 29 (39%) cesarianos.

No QUADRO 1, são demonstradas quais palavras foram mais prevalentes, no pré- e no pós-teste, relacionadas à amamentação, aos cuidados com o recém-nascido (RN) e ao autocuidado.

QUADRO 1 – Palavras de maior prevalência no pré e pós-teste relacionadas à amamentação, cuidados com RN e autocuidado. Alojamento Conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte – 2010

PRÉ-TESTE			PÓS-TESTE		
Amamentação	Cuidados com RN	Autocuidado	Amamentação	Cuidados com RN	Autocuidado
Importância	Carinho	Não sabe	Saúde	Amor	Importância

TABELA 1 – Palavras relatadas no pré- e no pós-teste relacionadas à amamentação, cuidados com RN e autocuidado. Alojamento conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte – 2010

INDUTORES	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	Palavras associadas	n (%)	Palavras associadas	n (%)
Amamentação, Cuidados com RN e Auto-Cuidado	"Não sabe", "nada"	9 (12,32%)	Palavras específicas	25 (34,24%)
	Palavras negativas	14 (19,17%)	Palavras positivas	73 (100%)

Observa-se, na TAB. 1, que, durante o pré-teste, 9 (12,32%) mulheres associaram à amamentação, aos cuidados com o recém-nascido e ao autocuidado as palavras "não sabe" ou "nada" e 14 (19,17%) associaram tais termos a palavras negativas, como "medo" e "preocupação".

No pós-teste, todas as palavras associadas foram positivas e 25 (34,24%) associaram aos indutores palavras específicas que foram abordadas durante a orientação de alta – por exemplo: "pega correta", "alimentação" e "6 meses".

Verifica-se, portanto, que a participação das reuniões de alta hospitalar possibilitou a sensibilização e maior capacitação das puérperas com relação aos cuidados necessários ao recém-nascido e à sua saúde após a alta hospitalar.

Percebeu-se que a utilização das dinâmicas para as puérperas de alta hospitalar no Alojamento Conjunto proporcionou uma abordagem educativa e lúdica e, por isso, facilitou a realização das reuniões, tornando-as menos monótonas e mais participativas. Além disso, contribuiu para o aprofundamento do vínculo e da comunicação interativa entre as puérperas e os profissionais de enfermagem da instituição.

A realização da atividade de forma grupal propiciou maior troca de informações e experiências entre os participantes, contribuindo para melhor aprendizagem sobre os temas expostos.

Cabe salientar que foram preservadas as características informais da situação: a orientação de alta possibilitou aos participantes expressar o entendimento de suas experiências em suas próprias palavras. Embora fosse permitido falar sobre outros temas pertinentes ao puerpério, o roteiro tópico garantiu que todos os sujeitos fossem questionados sobre os temas de maior interesse para o estudo. Além disso, a troca de informações foi além da utilização das dinâmicas.

Após a análise das atividades desenvolvidas, foi elaborado um Procedimento Operacional-Padrão (POP) sobre a orientação de alta às puérperas do Alojamento Conjunto do hospital público.

QUADRO 2 – Procedimento operacional-padrão. Alojamento Conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte – 2010

INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL-PADRÃO ALOJAMENTO CONJUNTO	Padrão Nº: POP-A-AC-01 Estabelecido em: 5/2010 Nº da Revisão: 00

Nome da tarefa: **Orientação de alta às puérperas do Alojamento Conjunto do hospital público**

Responsável: enfermeiro e/ou residente de enfermagem no Alojamento Conjunto

MATERIAL NECESSÁRIO
– Dinâmicas grupais – Caneta – Caderno de Reunião de Alta – Brindes, se possível

ATIVIDADE CRÍTICA
– Oferecer orientação de alta às puérperas do Alojamento Conjunto do Hospital Público.

continua...

continuação...

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
– A Reunião de Alta deve ser realizada na sala multiprofissional, pela residente de enfermagem e/ou enfermeira do plantão da tarde, diariamente, entre 15 e 17 horas. – A previsão de duração é de 40 a 60 minutos. – Devem ser convidadas todas as puérperas com possibilidade de participação e seus respectivos acompanhantes, conforme cálculo explicitado no item "Registros". – Podem ser utilizadas as dinâmicas previamente confeccionadas. – As orientações devem incluir: (a) a experiência de ser mãe; (b) as percepções e as expectativas de lidar com a nova rotina após a alta hospitalar; (c) as percepções e as expectativas de amamentar, cuidar do coto umbilical e dar o banho no recém-nascido; e, (d) fatos que dificultam ou facilitam essas situações, incluindo percepções e expectativas da capacidade de superar obstáculos que eventualmente podem surgir. – É permitido falar sobre outros temas pertinentes ao puerpério e, caso sejam usadas as dinâmicas grupais, a troca de informações pode – e deve – ir além da utilização das mesmas. – As puérperas e seus acompanhantes devem assinar o caderno de Reunião de Alta, após o término da orientação. Devem, ainda, informar o Centro de Saúde de referência. – Se possível, pode ser distribuído um brinde para cada puérpera participante.

REGISTROS
1. Deve-se justificar, no caderno de Reunião de Alta e a cada encontro, o motivo da ausência de puérperas que deveriam participar da reunião, mas não o fizeram. 2. Cálculo: NÚMERO DE PUÉRPERAS COM POSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO DA REUNIÃO DE ALTA = Número total de puérperas com mais de 24 horas de pós-parto vaginal ou com mais de 48 horas de pós-parto cesáreo – número de puérperas que já participaram de reuniões anteriores.

SIGLAS
POP – Procedimento operacional-padrão AC – Alojamento Conjunto

REFERÊNCIAS
– Não se aplica.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi implementada a metodologia das dinâmicas para as puérperas de alta hospitalar no Alojamento Conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte. Além disso, verificou-se a eficácia da orientação de alta às puérperas do Alojamento Conjunto da Instituição.

Observou-se que após a participação das reuniões, as puérperas estiveram mais orientadas sobre a amamentação, a realização de cuidados próprios e com o recém-nascido. Resultado semelhante foi observado por Kleba,[10] ao demonstrar que o processo de conscientização possibilita ao ser humano desenvolver novas formas de vivenciar as situações que podem surgir.

A exemplo de outros trabalhos.[11,12] verificou-se, nesta investigação, que o uso de tecnologias educativas – no caso, dinâmicas de grupo – apresenta-se como alternativa para o aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem, possibilitando às pessoas exercitar o que lhes está sendo ensinado. Autores, como Carraro[13] revelam que, por meio da utilização da metodologia de dinâmicas, ciência e arte complementam-se, pois a arte oferece subsídios para desenhar e traçar o caminho e a ciência fundamenta a prática.

Percebeu-se, ainda, a vasta contribuição das tecnologias educativas para o aprofundamento do vínculo e da comunicação interativa entre as puérperas e os profissionais de enfermagem da instituição. Para Stefanelli,[14] a comunicação medeia toda a ação dos profissionais de enfermagem, que devem ter conhecimento desse processo e de todos os elementos a ele inerentes. Dessa forma, eles podem contribuir para que as puérperas os considere como elementos de ajuda eficientes, com os quais poderá expor sofrimentos e compartilhar ideias.

Resultados consolidados por meio de estudos[15,16] demonstram a importância de desenvolver trabalhos de forma grupal: o enfermeiro pode reconhecer neles potencial de aprendizagem e de novas experiências. Esse ambiente é favorável para que as puérperas realizem a experiência da autodescoberta e da descoberta das outras, por meio da comunicação e da comunhão interpessoal. Além disso, é de extrema importância conduzir os trabalhos respeitando a singularidade de cada indivíduo.

Neste estudo, buscou-se conservar, durante as atividades, as características situacionais da conversação. Autores como Andreola[17] sugerem que a criação de espaços nos quais se manifestem a liberdade, a aceitação, o diálogo, o encontro e a comunicação possibilitam ao indivíduo desabrochar a caminho de sua plenitude.

Todos os resultados deste estudo permitiram a construção do Procedimento Operacional-Padrão (POP) sobre a orientação de alta às puérperas do Alojamento Conjunto do hospital público. Esse instrumento contribuiu para que outros profissionais pudessem dar prosseguimento às atividades iniciadas com este trabalho.

Algumas limitações devem ser consideradas para este estudo, dentre elas o fato de não ter sido utilizada uma população com comprovada representatividade da população cliente do hospital, o que pode restringe a validade dos resultados.

Cabe salientar que este trabalho é de relevante importância para a área da enfermagem no que se refere à educação em saúde à puérpera e à estratégia para o enfermeiro, além de contribuir para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas.

Existem várias possibilidades de estudos futuros para os profissionais de enfermagem e pacientes com base nesta pesquisa.

CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido possibilitou a organização da orientação de alta prestada às puérperas do Alojamento Conjunto do hospital de estudo; o empoderamento das puérperas e dos seus familiares quanto aos cuidados relacionados ao recém-nascido e à saúde dele após a alta hospitalar; o aprofundamento do vínculo e da comunicação interativa entre as puérperas e os profissionais de enfermagem da instituição; e a sistematização da realização da orientação de alta, pela equipes de enfermagem, contribuindo para melhor aprendizagem sobre os temas expostos.

REFERÊNCIAS

1. Ricci SS. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

2. Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. Fam Saúde Desenv. 2002; 4(1):16-22.

3. Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. The communication between the woman in pospartum and the health professional. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium. May 02-03; São Paulo, SP, Brazil; 2002.

4. Monteiro MCN, Concret SAG, Arcipreti AC, Silva FSLO. Proposta de um prospecto para educação na alta hospitalar no período pós parto. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2009.

5. Corradini HB, Costa MTZ, Barbieri DL, Barros JCR, Ramos JLA, Maretti M. Cuidados ao recém-nascido em alojamento conjunto. In: Marcondes E. Pediatria Básica. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 1991.

6. Pizzato MG, Da Poian VRL. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para recém nascido e mãe. In: Pizzato MG, Da Poian VRL. Enfermagem Neonatológica. Porto Alegre: Editora da Universidade Porto Alegre; 1982. cap. 3, p. 101-28.

7. Zagonel IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. Rev Eletr Enferm. 2003; 5(2):24–32.

8. Centro de Estudos do Hospital Odilon Behrens, CEHOB. [Citado 2010 jun. 13]. Disponível em: <http://cehob.org.br/site/?page_id=45>.

9. Machado LB, Carvalho MRF. Construtivismo entre alfabetizadores: algumas reflexões sobre o campo semântico de suas representações. Universidade Federal de Pernambuco. 2002. [Citado 2010 jun. 13]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/25/laedamachadop10.rtf.>.

10. Kleba ME. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. Florianópolis: UFSC; 1999.

11. Figueroa AA. Tecnologia y Bioética en enfermeria: un desafio permanente. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(1): 9-24.

12. Colman FT. Tudo que o enfermeiro precisa saber sobre treinamento: um manual prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

13. Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB Editora; 1997.

14. Stefanelli MC. Comunicação com Paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.

15. Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem em grupos. Goiânia: AB Editora; 2001.

16. Ballestero-Alvarez ME. Mutatis mutandis: dinâmicas de grupo para o desenvolvimento humano. Campinas: Papirus; 1999.

17. Andreola BA. Dinâmica de grupo: jogo da vida e didática do futuro. Petrópolis: Vozes; 2004.

Data de submissão: 17/8/2010
Data de aprovação: 27/6/2011

EXAME PREVENTIVO DE PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE GOIÁS

NURSING STUDENTS PERCEPTION ON PAPANICOLAOU TEST

PRUEBA DE PAPANICOLAOU: PERCEPCIÓN DE ALUMNAS DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO DEL INTERIOR DEL ESTADO DE GOIÁS

Camila Silva Araújo[1]
Hiumara Amâncio da Luz[2]
Gracy Tadeu Ferreira Ribeiro[3]

RESUMO

O câncer de colo de útero representa uma neoplasia maligna que ocorre com muita frequência no Brasil, causando grande número de óbitos. Vários são os fatores de risco que levam ao câncer de colo uterino, embora essa neoplasia possa ser prevenida, principalmente, quando diagnosticada precocemente. O objetivo com este estudo foi conhecer as vivências das acadêmicas de enfermagem diante do exame de Papanicolaou, desvelando seu conhecimento sobre a importância do procedimento, frequência e sentimentos experimentados durante sua realização. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 20 acadêmicas de uma faculdade de enfermagem no interior do Estado de Goiás. O 2° período foi considerado porque é um momento em que as alunas ingressaram recentemente no curso; o 4° e o 6° período, porque é quando elas já estão em processo de formação específica, fazendo estágios e compreendendo a rotina do curso; e o 8° período, porque é quando elas já estão prestes a concluir o curso. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. Os resultados da pesquisa mostraram que, mesmo com os sentimentos de vergonha, constrangimento e desconforto experimentados pelas acadêmicas, no geral elas realizam o exame e sabem sobre a importância da prevenção para evitar a doença. Os depoimentos obtidos permitiram refletir sobre a necessidade de repensar a prática do exame preventivo, bem como desvelar procedimentos que assegurem cuidados aliados a condutas humanizadas a esse e procedimento, tão necessário para diminuir a incidência de câncer cervical.

Palavras-chave: Câncer de Colo Uterino; Exame de Papanicolaou; Prevenção; Enfermagem.

ABSTRACT

The cervical cancer is a malign neoplasm that occurs frequently in Brazil and it is the cause of many deaths. There are several risk factors that lead to cervical cancer, even though it can be prevented if diagnosed early on. This study aimed to understand nursing students' experiences with the Pap test and to identify their knowledge about this procedure's importance, its frequency and the feelings experienced during the test's performance. This is a descriptive research with a qualitative approach conducted with 20 students of a nursing school in the state of Goiás' countryside. First year students were chosen as they had been recently admitted to the university; second and third year's as they are in the process of specialization, in an internship program and understand better the course's routine; last year students because they are close to course's completion. The data was collected through semi-structured interviews. The results indicated that the shame, embarrassment and discomfort experienced by the students were not an obstacle to perform the test and that they are aware of its importance to the disease's prevention. The statements obtained allow us to reflect on the need to rethink the practice of Pap smear and to ensure that its procedures associate care with a humane conduct as it is an essential test to cervical cancer prevention and control.

Key words: Cervical Cancer; Papanicolaou test; Prevention; Nursing.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna qué ocurre con mucha frecuencia en Brasil y que también causa muchas muertes. Hay varios factores de riesgo qué conllevan a este tipo de cáncer que puede ser prevenido, principalmente, cuando se tiene un diagnóstico precoz. El presente estudio tuvo como objeto conocer la experiencia de alumnas de enfermería con la prueba de Papanicolaou e identificar la importancia que le atribuyen a dicho procedimiento, frecuencia y sentimientos durante la realización de la prueba. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva llevada a cabo con 20 alumnas de una facultad de enfermería del interior del Estado de Goiás. Fueron consideradas alumnas del 1er año porque eran recién ingresadas, del 2º y 3º porque estaban en proceso de formación con prácticas y conocían bien la rutina del curso y del último año porque estaban cerca de terminar los estudios. Los datos se recogieron mediante entrevistas. Los resultados indicaron que, a pesar de la vergüenza y molestia, las alumnas realizaban la prueba y conocían la importancia de la prevención para evitar la enfermedad. Los testimonios permitieron reflexionar sobre la necesidad de repensar la práctica de la prueba preventiva y garantizar que el procedimiento aúne cuidados y conductas humanizadas puesto que se trata de una prueba fundamental para disminuir la incidencia del cáncer cervical.

Palabras clave: Cáncer de Cuello Uterino; Prueba de Papanicolaou; Prevención; Enfermería.

[1] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). e-mail: camilasilva.enfermagem@hotmail.com.
[2] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). e-mail: himaraamancio@hotmail.com.
[3] Antropóloga. Professora adjunta do Curso de Enfermagem. Relatora do Comitê de Ética UniEVANGÉLICA. e-mail: gracytadeu@pop.com.br.
Endereço para correspondência – Rua Dr. Evandro Pinto Silva Qd. 01 Lt. 09/10 apto. 101, Bloc A, Condominio Shadday – Cidade Universitária – Anápolis-GO.

INTRODUÇÃO

Neste artigo, investigamos as vivências das acadêmicas de enfermagem ao se submeterem ao exame preventivo de Papanicolaou, bem como desvelamos o conhecimento delas quanto à importância, à frequência e aos sentimentos experimentados diante do referido exame.

Esta pesquisa foi realizada com acadêmicas de enfermagem, pois são elas as futuras profissionais da área da saúde. Acreditamos que a implantação de medidas e ações preventivas e ou educativas podem contribuir para melhorar a qualidade no atendimento, bem como reduzir a incidência de novos casos de câncer de colo do útero.

O câncer cervicouterino é uma das maiores causas de morte no mundo, na população feminina. É a neoplasia mais frequente nas mulheres brasileiras e uma das maiores causas de óbito, juntamente com o câncer de pele, de mama e de pulmão. O câncer do colo de útero traz inúmeras complicações e afeta não somente a doente, mas também a família. O câncer acomete a sociedade em geral, sem escolha de raça, classe social, escolaridade, e são vários os fatores que podem propiciar o desenvolvimento do câncer cervical. Dentre esses fatores que podem predispor o aparecimento do câncer cervicouterino podemos destacar: a precocidade sexual, pelo fato de o epitélio genital apresentar-se imaturo e susceptível as agressões; o uso prolongado de contraceptivos orais; a gravidez precoce, que determina um fator de risco três vezes maior para manifestar o câncer de colo do útero; a multipariedade; a promiscuidade sexual; a história de infecções sexualmente transmissíveis; o sedentarismo; e o tabagismo.[1]

Essa neoplasia começa a se desenvolver por volta dos 20 anos de idade e, com o passar dos anos, seu risco vai aumentando cada vez mais e atinge sua culminância por volta dos 45 aos 49 anos, aumentando a chance de desenvolver o câncer cervical. Daí a importância da realização do exame de Papanicolaou, pois esse câncer é um dos que permitem fazer a prevenção e a detecção precoce, bem como a realização do tratamento. Embora sua evolução seja lenta, ele passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. O câncer de colo uterino, se descoberto no início, tem alto índice de cura.

Uma vez que o câncer de colo do útero é passível de prevenção e detecção precoce, compete aos profissionais de enfermagem estimular a participação das mulheres nos programas de rastreamento para o controle da enfermidade. Uma das possibilidades é por meio da educação da população feminina. É necessário que as mulheres se conscientizem e pratiquem os cuidados preventivos realizando o exame periodicamente no seu cotidiano. A educação e o exame devem ser ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que possuem respaldo legal para a realização do exame de Papanicolaou.

Portanto, a educação da população feminina é muito importante para diminuir a incidência dessa neoplasia. É por meio da atuação do profissional de enfermagem que esse tipo de câncer poderá ser combatido. Dessa forma, os profissionais de enfermagem têm a função de orientar a população sobre a importância da realização periódica do exame de Papanicolaou.

Nós, como futuras enfermeiras, buscamos, nesse texto, aprofundar o conhecimento sobre o tema em questão para descobrir estratégias que propiciem a conscientização do público-alvo feminino sobre a importância da prevenção e do tratamento do câncer uterino.

REVISÃO DA LITERATURA

As primeiras descrições sistemáticas do câncer foram feitas na Grécia, por Hipócrates, descrito pela palavra *Karcinos*, que significa "caranguejo". Faz-se a analogia com essa enfermidade, traduzida pela palavra "câncer", pelo fato de o caranguejo mover-se lentamente em todas as direções, que têm em comum com essa doença o crescimento e a proliferação de células para outras partes do corpo.[2]

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna, que apresenta uma evolução lenta. Este carcinoma invade a vagina, espaço paracervical, e ao longo dos paramétricos e dos ligamentos uterossacros. Podendo invadir o reto, os linfonodos paraaórticos e pélvicos e a bexiga.[3]

Para melhor compreensão da etiologia do câncer do colo do útero, faz-se necessária uma breve explicação dos seus aspectos anatômicos.

O útero é um órgão muscular do aparelho reprodutor feminino com cerca de 8 centímetros de comprimento, 4 de largura na sua parte inferior e a espessura de 2 centímetros. Está situado no abdome superior, por trás da bexiga e na frente do reto.[4]

O útero apresenta três camadas na sua constituição: o endométrio, que é a camada interna que sofre modificações de acordo com as fases do ciclo menstrual e gravidez; o miométrio ou parte média, que constitui a maior parte da parede uterina; e fibras musculares lisas.[5]

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o canal cervical ou endocérvice, comunica-se com a vagina pelo orifício externo, chamado de "ectocérvice", e é revestido por um epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado.

A união entre os dois epitélios, endocérvice e ectocérvice, chama-se "junção escamocolunar" (JEC), uma linha que pode estar tanto na ectocérvice quanto na endocérvice, dependendo da idade, situação hormonal, paridade e processos infecciosos.[6]

A maioria das lesões intraepiteliais ocorre na zona de transformação (ZT), na junção escamocolunar, e está relacionada à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).[7]

Segundo o Ministério da Saúde, embora todas as mulheres sejam consideradas susceptíveis a desenvolver

o câncer uterino, existe um perfil da população feminina mais vulnerável a esse tipo de câncer. Existem vários fatores identificados como de risco para o câncer de colo do útero.[6]

O principal fator de risco é o HPV dos tipos 16, 18, 31 e 33, com alto potencial de oncogenicidade, e quando associados a outros cofatores, como estado imunológico e tabagismo, desenvolvem-se as neoplasias intraepiteliais e do câncer uterino.[6]

O comportamento de risco inclui o hábito de fumar, pois a nicotina e a cotinina são elementos do tabaco que, por meio da circulação, chegam a órgãos distantes, podendo atingir o muco cervical. Dentre os fatores que causam a predisposição para a manifestação do câncer uterino, também estão as baixas condições socioeconômicas, as quais estão ligadas à ausência de informação.[6,8]

Assim, a higiene íntima inadequada, o uso prolongado de contraceptivos orais, a infecção pelo condiloma acuminado, imunossupressão podem ser também identificados como fatores de risco.[6,7,9]

O câncer de colo uterino em fase inicial raramente produz sintomas. Quando ocorrem sintomas, como secreção, sangramento irregular ou sangramento após a relação sexual, a doença pode estar em estado avançado. A secreção vaginal no câncer de colo uterino avançado aumenta de forma gradual e torna-se aquosa e escurecida. Em decorrência da infecção e da necrose do tumor, seu odor é fétido. Pode ocorrer um leve sangramento e irregular, entre os períodos de metrorragia ou após a menopausa, ou. Ainda, pode acontecer depois de uma pressão ou trauma brando – por exemplo, a relação sexual. À medida que o câncer vai progredindo, esse sangramento tende a aumentar.[10]

Assim, o quadro clínico de pacientes com neoplasia do colo do útero pode variar desde a ausência de sintomas, até quadros de micro-hemorragia sem causa aparente, leucorreia purulenta, sangramento de contato relacionado ao coito, dor pélvica, lombossacral, dispareunia, secreção vaginal de odor fétido, disúria, hematúria, anorexia, perda de peso, perda de fezes pela vagina e infecção urinária.[11]

Nas mulheres com carcinoma do endométrio, a ultrassonografia uterina apresenta aumento do eco endometrial. A espessura do eco endometrial acima de 5 mm na mulher, na pós-menopausa, já pode ser considerada suspeita.[10]

Se for identificada uma lesão, estabelece-se o estadiamento clínico do tumor e faz-se a relação entre a doença e o organismo hospedeiro. Como exames indicações para diagnóstico, temos: Raios X de tórax, urografia excretora, ultrassonografia diária hepática e por vias urinárias, exames bioquímicos básicos e hematimétricos são recomendados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A ressonância magnética e a tomografia computadorizada ainda não são rotinas para o estadiamento, mas têm sido recentemente indicadas para tal diagnóstico.

O estadiamento cirúrgico do câncer de colo do útero, conforme a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), é uma classificação clínica após o diagnóstico histológico de carcinoma invasor pela colposcópia, sendo dividido nos estádios 0, I, Ia, Ia 1, Ia2, Ib, II, IIA, IIb, III, IIIa, IIIb, IV, IVa e IVb, os quais variam de carcinoma *in situ* intraepitelial à invasão de órgãos adjacentes e a distância.[12]

É necessária uma avaliação diagnóstica completa do câncer de colo de útero, que inclui a identificação do estágio e do grau do tumor, para avaliar as opções de tratamento, formulando uma conduta para melhor prognóstico.

No tratamento do câncer cervical, usam-se os critérios adotados com base em um sistema de estadiamento lógico de acordo com a disseminação do câncer uterino adotado pela Federação de Ginecologia e Obstetrícia de Goiás.[9]

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento do câncer cervical podem incluir a histerectomia total (retirada do útero, colo e ovários), histerectomia vaginal radical (retirada do útero, anexos e vagina proximal), histerectomia radical, linfadenectomia pélvica bilateral (retirada dos linfonodos e vãos linfáticos ilíacos comuns, ilíacos externos, hipogástricos e obturados) e exenteração pélvica.[9,10.]

Também pode ser usada a radioterapia, que utiliza a radiação ionizante para interromper o crescimento celular ou para controlar o câncer quando o tumor não pode ser removido por meios cirúrgicos.

Nos tratamentos com quimioterapia, os agentes antineoplásicos são utilizados na tentativa de destruir as células tumorais, por interferir nas funções celulares no seu processo de crescimento e divisão. Consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação. Tem-se utilizado a quimioterapia junto com a radioterapia, uma vez esse procedimento potencializa os efeitos e torna mais eficiente o combate à célula tumoral.[11]

Com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, criou-se uma política de saúde que visava atender à saúde básica da mulher. Segundo o Ministério da Saúde, o PAISM tinha como objetivo implantar ou ampliar as atividades de diagnósticos precoce do câncer cervical, bem como promover ações educativas na prevenção dessa doença e de outras, como o câncer de mama, prestando uma assistência para a saúde da mulher além dos limites gravídico-puerperais.[6]

A prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres em situação de risco, além da realização do Papanicolaou. Por meio de programas de prevenção clínica e educativa, há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens de diagnósticos precoces, sobre as possibilidades de cura e sobre o prognóstico e a qualidade de vida não somente para esse tipo de câncer, como para os demais.[13]

O exame de Papanicolaou, mais conhecido como exame preventivo, além de ser importante para a saúde da mulher para detecção precoce do câncer uterino ou outras doenças genitais, é um procedimento importante para a detecção precoce de lesões pré-invasivas e, também, um instrumento essencial para a diminuição da mortalidade do câncer de colo de útero.[14]

O exame de Papanicolaou permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas, contribuindo para a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. Apesar de esse método de rastreamento haver sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham se submetido a ele.[15]

Apesar de ser um exame simples e de fácil acesso, muitas mulheres ainda se negam a submeter-se a ele por diversos fatores e várias causas, dentre elas a falta de informação quanto à sua importância, constituindo um desafio para os serviços de saúde. Portanto, é necessário promover a educação do público-alvo e cabe aos profissionais de saúde dialogar, informar e conscientizar sobre a importância da realização do exame. É imprescindível que a população feminina conheça os métodos e que pratique os cuidados rotineiros, afastando-se dos fatores de risco e realizando o exame periodicamente.

Quanto à periodicidade do exame preventivo, após dois resultados consecutivos normais, o exame passa a ser realizado a cada três anos.

O exame de Papanicolaou é feito mediante a coleta das células na região do orifício externo do colo e do canal endocervical. Essas células são colocadas em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas a um exame ao microscópio, no qual o pessoal treinado poderá distinguir entre os que são células normais, os que se apresentam como indevidamente malignas e as que apresentam alterações indicativas de lesões pré-malignas. Para que o teste permita a identificação de lesões malignas ou pré-malignas, o esfregaço cérvicovaginal deve conter células representativas da ectocérvice e da endocérvice, preservadas em um número suficiente para diagnóstico.[13]

METODOLOGIA

O tipo de estudo escolhido para desenvolver este artigo foi a pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Foi classificada como de campo porque teve como finalidade colher informações sobre um problema.

A pesquisa descritiva é a descrição de um fenômeno em que há a habilidade de fazer com que o outro veja mentalmente aquilo que o pesquisador observou. A abordagem é qualitativa porque uma de suas principais características é que ela é formulada para fornecer uma visão ao grupo pesquisado.

O universo da pesquisa foi uma faculdade de enfermagem no interior de Goiás, do qual fizeram parte as acadêmicas do referido curso.

Os sujeitos da pesquisa foram 20 acadêmicas do curso de enfermagem, que estavam cursando do 2º ao 8º período (5 de cada período estudado), escolhidas aleatoriamente. Foram levados em consideração o 2° período, porque é um momento em que as alunas ingressaram recentemente no curso; o 4° e o 6° período, porque é quando elas já estão em processo de formação específica, fazendo estágios e compreendendo a rotina do curso; e o 8° período, quando elas já estão prestes a concluir a graduação. A coleta de dados aconteceu somente após o estudo haver sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o Ofício nº 0071/2009, anexo.

A entrevista foi iniciada somente após as alunas terem sido devidamente esclarecidas sobre os riscos e benefícios do estudo e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi elaborado em duas vias de igual teor. As entrevistas foram realizadas na instituição, individualmente, em local reservado e tranquilo.

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos na amostra: maiores de 18 anos; que aceitassem participar da pesquisa e assinassem o TCLE; deveriam ser dos períodos escolhidos para o estudo, estarem matriculadas e frequentarem regularmente as aulas.

Foi aplicada uma entrevista semiestruturada, contendo cinco questões norteadoras referentes ao exame preventivo de Papanicolaou, frequência em que foi realizado, sentimentos experimentados ao serem submetidas ao exame, a importância do exame e fatores que contribuíram para recusa do procedimento.

A entrevista teve duração, em média, de 10 a 15 minutos, sendo registradas em gravador digital e transcritas na íntegra para serem analisadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que a interpretação e a discussão dos dados coletados fossem mais bem apresentados e interpretados, utilizou-se o método de Bardin (1997).[16] Nesse método, ressalta-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A descrição analítica funciona segundo procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Trata-se, portanto, de um tratamento das informações contidas nas mensagens.

A análise foi dividida em quatro categorias: Sentimentos experimentados durante a realização do exame de Papanicolaou; Periodicidade para realização do exame Papanicolaou; Importância da realização do exame de Papanicolaou; Fatores que contribuem para a recusa em realizar o exame de Papanicolaou.

A amostra foi constituída por 20 acadêmicas entrevistadas: 15 tinham idade entre 18 e 25 anos; 3 estavam na faixa etária entre 26 e 32 anos; e 2 tinham entre 33 e 39 anos. Quanto ao estado civil, 17 dessas mulheres eram solteiras,

3 eram casadas, 2 não haviam tido relação sexual. Das 20 entrevistadas, 18 já haviam realizado o exame Papanicolaou e apenas 2 nunca o haviam realizado.

Categoria 1 – Sentimentos experimentados durante a realização do exame de Papanicolaou

A realização do exame preventivo de Papanicolaou é uma situação rotineira para o profissional de saúde, mas desagradável para a maioria das mulheres.

Além de o procedimento ser invasivo, o sentimento que mais se percebeu no relato das mulheres que se submetem ao exame de forma regular é a vergonha e o constrangimento. A cada vez que a mulher expõe seu corpo, aflora sentimentos de impotência, medo, desconforto oriundos do tabu em relação ao sexo, bem como da educação recebida e da falta de informação.

Os depoimentos a seguir ilustram isso:

> *É um pouco desconfortável, mas é um desconforto, discreto é... suportável.* (Sujeito 5)
>
> *Um desconforto e dor.* (Sujeito 8)
>
> *Desconforto e vergonha.* (Sujeito 10)
>
> *Aí eu fico com vergonha, mas é bom.* (Sujeito 12)
>
> *Constrangimento, porque é muito chato.* (Sujeito 20)

As acadêmicas descreveram que, ao se submeterem ao exame preventivo, experimentaram sentimentos como vergonha, medo, constrangimento, dor. Foram representações individuais expressas pelas mulheres pesquisadas, de acordo com suas vivências relacionadas ao exame preventivo.

No estudo, constatou-se que, embora os sentimentos relatados fossem os mesmos, a vivência de cada uma delas é singular em relação ao exame preventivo. Com relação à posição e à exposição durante a realização do exame, é desconfortável, pois expõe a genitália. A vergonha e o constrangimento também são fatores que podem contribuir para a não realização do exame, bem como para que muitas mulheres coloquem sua saúde em risco. Portanto, os sentimentos citados foram os vivenciados pelas acadêmicas na hora da realização do exame.

O sentimento de vergonha foi constatado em um estudo de caso que investigou a percepção da mulher sobre o exame preventivo. A forma que algumas mulheres se manifestarem ao terem de expor o corpo, vê-lo manipulado e examinado por um profissional revela quão influente é a sexualidade na vida da mulher, afinal, trata-se de um exame em que se manuseiam órgãos e zonas erógenas. Outro dado que o estudo apontou relaciona-se ao fato de as mulheres associarem o exame preventivo à exposição da genitália e da sexualidade, fazendo-as se sentirem constrangidas ao expor suas partes íntimas.[14]

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde procurem minimizar os efeitos provocados pela realização do exame preventivo, tentando deixar a mulher mais à vontade. Deve-se levar em conta que muitas mulheres são tímidas, independentemente das circunstâncias em que se encontram, e que no caso desse exame a exposição do corpo tende a deixar a mulher fragilizada diante do procedimento. E a situação pode piorar quando quem vai colher o exame é o médico ou o enfermeiro.

Constatou-se, no estudo, que é preciso que esse tipo de procedimento invasivo seja realizado minimizando os efeitos provocados por essa conduta na cliente, que já se encontra constrangida pelos sentimentos que seu próprio corpo lhe impõe. Cabe ao enfermeiro respeitar os sentimentos experimentados e, acima de tudo, seu direito de ser mulher.[17]

Categoria 2 – Periodicidade para realização do exame de Papanicolaou

O exame preventivo é recomendado para qualquer mulher sexualmente ativa. O período recomendado, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA),[18] é um exame por ano. No caso de dois exames normais consecutivos, este deverá ser feito a cada três anos. Em casos de resultados positivos, o profissional deverá seguir as normas do Ministério da Saúde.

O resultado obtido neste estudo revelou que a maioria das acadêmicas realiza o exame anualmente, como pode ser visto nas falas a seguir:

> *Todo ano.* (Sujeito 1)
>
> *Faço mais ou menos umas três vezes por ano.* (Sujeito 2)
>
> *Uma vez ao ano.* (Sujeito 3, 5, 7, 9, 10)
>
> *Acho que de seis em seis meses.* (Sujeito 12)
>
> *De seis em seis meses.* (Sujeito 14, 16)
>
> *Uma vez ao ano.* (Sujeito 18)

A vida sexual começa cada vez mais cedo e de forma desprotegida, o que deixa as jovens vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando uma grande necessidade de educação em saúde. Assim, toda a mulher com vida sexual ativa deve realizar o exame periodicamente.[14]

Aos profissionais de saúde cabe a orientação da população feminina quanto à importância da realização periódica do exame preventivo para diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, independentemente da idade e dos fatores de risco.

A periodicidade na realização do exame de Papanicolaou recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos, com intervalo de um ano.[19]

Categoria 3 – A importância da realização do exame

O exame de prevenção do câncer cervicouterino, além de ser importante para a saúde da mulher, é

um procedimento que detecta lesões pré-invasivas precocemente, e, consequentemente, é instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por essa patologia.[17]

A maioria das entrevistadas sabe que é necessária a prevenção do câncer do colo do útero, mas, no entanto, foi encontrado um déficit de conhecimento a respeito do exame de Papanicolaou. Os depoimentos a seguir confirmam isso:

> *Extremamente importante; vê se tem alguma forma de câncer. Pra ver algumas infecções.* (Sujeito 1)
>
> *Ele evita o câncer, prevenindo sobre o câncer de colo uterino, DSTs, corrimento, e diagnostica se o colo do útero da mulher está normal.* (Sujeito 4)
>
> *Através dele pode-se detectar doenças sexualmente transmissíveis e um grande vilão, o HPV* (Sujeito 11)

Podemos notar nas falas das entrevistadas que, apesar de saberem que o exame é importante, encontra-se um déficit quanto ao conhecimento do exame. Para elas, o exame previne a doença. O exame detecta a doença precocemente, podendo começar um tratamento, para que a doença não evolua. Contudo, a realização do exame não impede o aparecimento do câncer cervical.

O exame de Papanicolaou é uma técnica de coleta citológica de baixo custo que permite a prevenção e a detecção precoce do câncer cervicouterino e suas lesões precursoras, por meio de uma técnica simples e acessível que pode ser realizada na Unidade de Saúde da Família (USF).[20]

O câncer de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura,[17] daí a importância da realização do exame, pois, quanto mais precocemente for descoberto, maior o índice de cura.

É preciso desenvolver uma conscientização quanto ao exame. Ele deve ser encarado como forma de autocuidado, pois quem está cuidando de si está se autopreservando.

Foi criada a vacina contra o HPV com o objetivo de prevenir a infecção por HPV e, dessa forma, reduzir o número de pacientes que venham a desenvolver câncer de colo de útero. A vacina funciona estimulando a produção de anticorpos específicos para cada tipo de HPV. A proteção contra a infecção vai depender da quantidade de anticorpos produzidos pelo indivíduo vacinado, a presença desses anticorpos no local da infecção e sua persistência durante um longo período.[21]

Categoria 4 – Fatores que contribuem para a recusa em realizar o exame de Papanicolaou

Neste estudo, considera-se que é necessário desvelar as razões que levam as mulheres a não realizarem o exame preventivo, pois, a partir dos motivos relatados por elas, poderão ser implementadas medidas que visem aumentar a cobertura deste exame.

Os motivos que contribuem para a realização do exame de Papanicolaou apareceram no decorrer dos depoimentos. Os resultados revelaram que mulheres com idade mais avançada mostram desconhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e também muitas delas sentem medo de realizar o exame por terem ouvido falar que "dói" ou que esse exame "machuca". As mulheres afirmaram, também, que o medo da doença é um dos principais motivos que as levam a não retornar após a realização do mencionado exame para saber do resultado.[14]

Em razão desses sentimentos as mulheres colocam sua saúde em risco, como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

> *Medo, vergonha, desconforto de realizar o exame.* (Sujeito 5)
>
> *Vergonha, e algumas pessoas são mal informadas.* (Sujeito 6)
>
> *Desconfortável, dor, vergonha e falta de conhecimento.* (Sujeito 7)
>
> *Timidez, constrangimento.* (Sujeito 14)
>
> *Vergonha pela posição desconfortável.* (Sujeito 18)

A exposição do íntimo leva ao constrangimento, e o despreparo de muitos profissionais de saúde em reconhecer esses sentimentos torna-se responsável pela recusa das mulheres em procurar unidades de saúde após uma primeira experiência traumática. É necessário que os profissionais da saúde adotem procedimentos que diminuam a exposição das mulheres, deixando exposta somente a parte do corpo necessária para a realização do exame.[17]

Algumas mulheres também relataram sua insatisfação em ter de realizar o exame com um profissional do sexo masculino, por causa da vergonha e do constrangimento:

> *Se quem for colher for homem, sinto preconceito e desconforto.* (Sujeito 2)
>
> *Mulheres casadas, os maridos não deixam fazer, se quem realizar for homem.* (Sujeito 16)

Dessa forma, pode-se concluir que a exposição é a grande responsável pelos sentimentos vivenciados pelas pacientes no exame de Papanicolaou. Diante disso, é preciso capacitar profissionais responsáveis pelo exame, para que eles possam proporcionar um ambiente agradável e um atendimento humanizado às pacientes, minimizando os desconfortos inerentes ao procedimento que será realizado.

Os serviços básicos de saúde oferecem condições de detectar precocemente o câncer cervical. Mas para que isso aconteça é necessário que as mulheres, de forma voluntária, procurem a unidade de saúde para a realização do exame preventivo.

Assim, a falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou faz com que seja um desafio para os serviços de saúde atrair a população-alvo para o procedimento tão necessário, o que limita o rastreamento do câncer de colo de útero, principalmente daquelas que apresentam maior risco.[14]

Portanto, é funamental que o serviço de saúde promova estratégias que aperfeiçoem a qualidade e a resolutividade de sua atuação, implementando ações que facilitem o acesso da mulher ao serviço prestado.

É preciso que as unidades de saúde criem vínculos com as usuárias e estabeleça laços de satisfação para que procurem assistência profissional, pois assim será possível desvelar novas estratégias de atendimento, contribuindo para que o exame se torne um ato rotineiro para as usuárias que, com certeza, irão procurar o serviço de saúde com mais frequência. Essa situação, enfim, contribuirá para aumentar o número de atendimentos, bem como para a diminuição de novos casos de câncer de colo do útero e até de outras enfermidades.

CONCLUSÃO

Com base no estudo realizado, podemos concluir que grande parte das acadêmicas de enfermagem realiza o exame preventivo de Papanicolaou com a frequência necessária, embora existam algumas que nunca o realizaram, mesmo sabendo da importância da sua realização.

Acreditamos que alguns fatores interferem em relação à não realização do exame, como o medo de descobrir alguma doença, o desconforto e o constrangimento causados pelo exame preventivo. Grande parte das acadêmicas entrevistadas relatou o desconforto e a vergonha experimentados durante a realização do exame, pois trata-se de um exame bastante invasivo, no qual os órgãos sexuais ficam expostos, e isso provoca um enorme constrangimento. Os sentimentos expressos são parecidos, mais as vivências são singulares. Apesar de grande parte das participantes do estudo realizar o exame, elas apresentaram um déficit de conhecimento quanto à verdadeira finalidade do exame de Papanicolaou.

Portanto, ouvir as acadêmicas que fizeram parte desta pesquisa sobre os sentimentos vivenciados em relação ao exame permitiu perceber alguns caminhos que podem contribuir para as estratégias de como atrair o público feminino para o exame preventivo. A implementação de uma prática mais humanizada, desenvolvendo a capacidade de interação entre a população feminina e o profissional de enfermagem, contribuirá para a qualidade do atendimento prestado à mulher durante a realização do exame.

Espera-se que a divulgação dos resultados obtidos nesta pesquisa possa trazer contribuições e reflexões quanto à importância da atuação do profissional de saúde, para que se conscientize quanto à assistência humanizada diante desse exame preventivo, que traz uma serie de sentimentos, como vergonha, constrangimento e desconforto. É necessário que o profissional da saúde tenha conhecimento de que determinados procedimentos dessa área são indispensáveis, mas estão carregados de tabus, medos e expõem as pacientes a situações constrangedoras e vergonhosas e procurem minimizar os efeitos provocados pela realização do exame preventivo, tentando deixar a mulher mais à vontade.

AGRADECIMENTOS

Às nossas amadas mães e amados pais, Mizael e Lindonete, Mauro e Silvana, que sempre contribuíram de forma positiva para a realização deste trabalho e sempre acreditaram que seríamos capazes! Amamos vocês!

Às nossas queridas e amadas irmãs Luana e Hiullany, que sempre estiveram presentes em nossa vida nos dando palavras de afeto e de conforto.

REFERÊNCIAS

1. Paula AF, Madeira AMF. Exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. Ver Esc Enferm. USP. 2003; 37(3):88-96.

2. Camargo B. Oncogênese. In: Ayoub AC. Planejando o cuidar em enfermagem oncológica. São Paulo: Lemas; 2000. p. 39-42.

3. Camisão CC, Brenna SMF, Lombardelli KVP. Ressonância magnética no estadiamento dos tumores de colo uterino. Radiol Brás. 2007; 40(3):207-15.

4. Gardner E, Gray DJ, Rahilly R. O. Órgãos genitais femininos. In: Anatomia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 465-75.

5. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília- DF: Ministério da Saúde; 2006.

7. Porto CC, Porto AL. Vademecum de clínica médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

8. Linard AG, Dantas e Silva FA, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino. Percepção de como enfrentam a realidade. Rev Brás Cancerol. 2002; 48: 493-8.

9. Otoo SE. Neoplasias malignas ginecológicas. In: Oncologia. Rio de Janeiro: R&A editores; 2002. p.160-4.

10. Smeltzer S, Bare BG. Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem medico- cirúrgico. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

11. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev Bras Cancerol. 2003; 49(4):209-14.

12. Focchi J, Martins SV. Cancer do colo do útero. In: Abrão FS. Tratado de oncologia Genital e mamária. São Paulo: Roca; 1995. p. 257-88.

13. Barros SMO, Marin ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica. São Paulo: Roca; 2002.

14. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enfer. 2009; 13(2): 378-84.

15. Cruz LMB, Loureiro RP. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influencias histórico – culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saúde Soc. 2008; 17(2):120-31.

16. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa, Portugal: Edicoes 70; 1997.

17. Santos GO, Steffens AP. Representações das mulheres de Cristópolis sobre a importância do exame de Colpocitologia. Rev Campus. 2009; 2(2):60-76.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Câncer do colo do útero. Distrito Federal: INCA, 2007. [Citado 2010 jun. 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326#>.

19. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. [Citado 2010 jun. 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. 2010>.

20. Souza AB, Borba PC. Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia saúde da família do município de assaré. Cad Cult Ciênc. 2008; 2(1):36-45.

21. Instituto Nacional do Câncer (INCA). HPV – Perguntas e respostas mais frequentes. [Citado 2010 jun. 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327. 2010>.

Data de submissão: 6/7/2010
Data de aprovação: 16/6/2011

PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE HIV/AIDS

FAMILY PLANNING OF WOMEN WITH HIV/AIDS

PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES PORTADORAS DE VIH/SIDA

Danielle Rosa Evangelista[1]
Escolástica Rejane Ferreira Moura[2]

RESUMO

Estudo transversal, de campo, realizado com 51 mulheres em acompanhamento ambulatorial para DST/HIV/aids de hospital de ensino de Fortaleza-CE. Objetivou-se com a pesquisa verificar a história reprodutiva de mulheres com HIV/AIDS, identificar motivos que determinam o desejo dessas mulheres em ter ou não ter filhos e verificar suas práticas contraceptivas. Os dados foram coletados por meio de entrevista, de julho a outubro de 2007. Das participantes 40 (78,4%) eram mães; 28 (70%) delas tiveram os filhos antes do diagnóstico de HIV/aids e 12 (30%) tiveram o diagnóstico no pré-natal. Medo de a criança nascer com HIV, morrer e deixar o filho órfão, preconceitos vivenciados e cuidados pré-natais adicionais foram motivos para 45 (88%) das mulheres não desejarem ter filho(s). A possibilidade de o filho nascer sadio, aumentar a prole, desejo de paternidade do companheiro e fé em Deus que protege a criança do HIV foram os motivos apresentados pelas 6 (12) que desejavam ter filho(s). Quanto às práticas contraceptivas, 29 (56,8%) usavam condom; 15 (29,4%) optaram pela abstinência sexual, 14 (27,4%) estavam laqueadas, 6 (11,7%) usavam anticoncepcional hormonal, alheias à interação medicamentosa com os antirretrovirais. O fato de o planejamento familiar de portadoras de HIV/aids passar pelo desejo em ter e não ter filhos parte do fato de os diagnósticos de HIV/aids serem tardios, ou seja, somente no pré-natal, a não adesão ao condom e uso de anticoncepcional hormonal, alheio a interação medicamentosa com antirretrovirais foram lacunas inaceitáveis verificadas na saúde sexual e reprodutiva do grupo estudado, que exige melhor qualidade da atenção nessa área do cuidado.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Mulheres; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

This is a transverse field research conducted in a teaching hospital in the city of Fortaleza-CE with 51 ambulatory patients with STD, living with HIV or AIDS. The research aimed to identify the reproductive history of women living with HIV/AIDS, to establish their reasons for having or not having children, and to determine their contraceptive practices. The data were collected from July to October 2007 through interviews. 40 (78.4%) participants were mothers; 28 (70%) had had their children before being diagnosed with HIV/AIDS, and 12 (30%) had been diagnosed in antenatal. The fear of having a baby with HIV, of dying and leaving the child orphaned, the prejudices experienced and the extra prenatal care required were the reasons given by 45 (88%) women for not wanting to have children. The possibility of having a healthy child, the desire to have more babies, their partners' wish to have children, and the belief that faith in God will protect the child against HIV were the reasons given by 6 (12%) women that wanted to have children. Regarding the contraceptive practices, 29 (56.8%) used condoms, 15 (29.4%) opted for sexual abstinence, 14 (27.4%) had had tubal ligation, 6 (11.7%) used hormonal contraception regardless of the drug's interaction with the antiretroviral. In conclusion, these women's family planning is associated with the wish of having or not having children and that is due a HIV/AIDS diagnosis that happened only during the antenatal care. The non-adherence to condoms and the use of hormonal contraception despite its interactions with the antiretroviral are an unacceptable aspect of the studied group suggesting that improvements are necessary in this healthcare area.

Key words: Family Planning; Women; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

RESUMEN

Estudio transversal de campo realizado con 51 mujeres en atención ambulatoria para ETS/VIH/Sida en hospital escuela de Fortaleza-CE. El objetivo fue analizar la historia reproductiva de mujeres con VIH/Sida; identificar razones que determinan su deseo de tener o no tener hijos y observar sus prácticas de anticoncepción. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas entre julio y octubre de 2007. Cuarenta (78.4%) participantes eran madres; 28 (70%) había tenido hijos antes del diagnóstico de VIH/ Sida; y 12 (30%) habían recibido el diagnóstico en el prenatal. Las razones de 45 (88%) mujeres de no desear tener hijo(s) se debían al miedo de que el niño nacieran con VIH, morir y dejarlo huérfano, prejuicios sufridos además de cuidados especiales. La posibilidad de tener un hijo sano, el anhelo detener más hijos, el deseo de paternidad de la pareja y la creencia de que la fe en Dios protege del VIH fueron los motivos que presentaron 6 (12%) mujeres para tener hijos. Refiriendo al práctica anticonceptiva 29 (56.8%) mujeres utilizaban preservativos; 15 (29.4%) habían optado por abstinencia sexual; 14 (27.4%) habían realizado ligadura tubaria; 6 (11.7%) utilizaban anticonceptivos hormonales ajenas a la interacción medicamentosa con los antirretrovirales. El hecho de que la planificación familiar de mujeres con VIH/Sida está vinculada al deseo de tener o no tener niños debido al diagnóstico tardío del VIH/Sida durante el prenatal, a la no adhesión al uso de preservativos y al uso de anticonceptivos hormonales sin preocupación por la interacción medicamentosa con antirretrovirales fueron consideradas fallas inaceptables en la salud sexual y reproductiva del grupo objeto de estudio, que exige atención de mejor calidad en esta área.

Palabras clave: Planificación familiar; Mujeres; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

[1] Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Avenida Lineu Machado, 1117, Bairro: Jóquei Clube. CEP: 60.520-100, Fortaleza-CE. E-mail: daniellere@bol.com.br. Telefone: (85) 3290 3771.

[2] Enfermeira. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Avenida Filomeno Gomes, 80. Aptº 401, bairro Jacarecanga. CEP: 60.010-280. Fortaleza-CE. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br. Telefone: (85) 3238 0604 FAX: (85) 3366 8456. Endereço para correspondência – Avenida Lineu Machado, 1117, bairro Jóquei Clube. Fortaleza-CE. CEP: 60.520-100,

INTRODUÇÃO

Quando o planejamento familiar recai sobre mulheres portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), atenção específica deve ser implementada, pois a soropositividade guarda particularidades importantes nessa área do cuidado. As mulheres que desejam conceber devem ter acesso à informação sobre a importância e como planejar a gestação para um momento clínico satisfatório, bem como sobre possíveis agravos que poderão ocorrer, incluindo a chance de transmissão vertical do HIV, particularmente quando medidas de prevenção não são cumpridas na pré-concepção, no pré-natal, no parto e no puerpério.

Quanto à prática contraceptiva, atenção deve estar voltada para a interação medicamentosa entre anovulatórios hormonais orais e certos antirretrovirais; contraindicação ao método da Lactação com Amenorreia (LAM); necessidade de adesão ao uso de preservativos para a proteção de si e do parceiro, seja este soro concordante, seja soro discordante, independentemente do uso de outro método anticoncepcional (MAC); e o risco da transmissão vertical do HIV.

Nesse contexto, é crucial que as mulheres com HIV/aids que desejam conceber ou realizar a contracepção tenham acesso à informação para que possam fazer suas escolhas e o uso adequado dos MACs mais bem indicados para tal situação, bem como o planejamento adequado da gestação.

A feminilização da aids tem crescido em grandes proporções, sendo um fenômeno multicausal, que passa pela esfera do comportamento sociossexual da população, ainda marcado pelo poder masculino; pela dependência econômica, social e emocional de parte das mulheres com relação aos seus parceiros e pela vulnerabilidade biológica e/ou anatômica feminina. No Ceará, por exemplo, a razão entre indivíduos com HIV/aids passou de 11 casos em homens por uma mulher, para dois casos em homens por uma mulher, entre 1987 e 2006.[1] Ademais, a idade média de maior concentração de número de casos na população feminina é de 35 anos, o que corresponde à fase reprodutiva, tornando o planejamento familiar uma ação de saúde definida como prioritária na atenção básica do Sistema Único de Saúde(SUS).[2] No Ceará, de 1985 a maio de 2007, de 205 casos de aids em crianças, 167 ocorreram por transmissão vertical.[1] Certamente, a maioria desses casos poderia ter sido evitada se as medidas preconizadas para a prevenção da transmissão vertical, aliadas aos cuidados pré-concepcionais específicos para mulheres com HIV/aids, tivessem sido adotadas.

Conforme o Protocolo para Prevenção da Transmissão do HIV e sífilis, que tomou por base o Protocolo *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076), realizar o exame anti-HIV no pré-natal, uso de antirretrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, tratamento da criança por 42 dias após o nascimento e a não amamentação reduzem a transmissão vertical do HIV de 25% para 1%-2%, desde que iniciado o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com terapia antirretroviral tríplice: AZT injetável durante o trabalho de parto, parto cesáreo eletivo com gestantes com carga viral desconhecida ou elevada ou por orientação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação, introduzindo fórmula infantil até os seis meses.[3]

Opções de procriação para os casais infectados pelo HIV com menor risco de contaminação dos cônjuges e do concepto incluem o sexo habitual com determinadas restrições, a autoinseminação, técnicas de reprodução assistida, inseminação por doador ou adoção.[4] Em relação à opção de procriação pelo sexo habitual, deve-se levar em conta se o casal é ou não sorodiscordante. Nesses casos, o uso de preservativo masculino ou feminino deve ser mantido pelo casal HIV positivo, tanto para protegê-lo do aumento da carga viral (se soro concordante) quanto para proteger um dos parceiros da contaminação (se soro discordante).

O risco de transmissão do HIV no coito heterossexual desprotegido varia entre 1/1.000 por contato (homem para mulher) a menos de 1/1.000 (mulher para homem). Esses valores são variáveis, dependendo do estado da doença, da carga viral e da presença ou não de outras doenças de transmissão sexual. Assim, para conceber, casais sorodiscordantes ou não deverão abster-se do uso do preservativo somente no período fértil feminino, o que deverá ser controlado pelos métodos baseados na percepção da fertilidade (temperatura basal, método de *Billings* ou muco cervical, método de *Ogino-Knauss* ou tabela e o método sintotérmico). Essa opção deve vir associada a uma avaliação criteriosa da carga viral e da contagem de linfócitos T CD4, que abaixo de 30 mil cópias/ml e acima de 500 céls/$mm^{3,}$ respectivamente, constituem parâmetros de baixo risco de transmissão do vírus para um dos parceiros, em coito desprotegid.o.

As mulheres infectadas pelo HIV e sem problemas de fertilidade podem, ainda, realizar a autoinseminação, ou seja, na altura da ovulação, o casal pode ter relações sexuais com preservativo sem espermicida e em seguida introduzir o esperma na vagina após a retirada do preservativo; ou o sêmen pode ser injetado na vagina com uma seringa após recolha por masturbação. Assim, a fecundação mantém-se na esfera privada do casal.[4]

Em face ao exposto, que constata a importância do planejamento familiar entre mulheres com HIV/aids, pelo risco de transmissão vertical do HIV quando a mulher e a criança não recebem o acompanhamento preconizado e dadas as particularidades da atenção à concepção e anticoncepção nesse grupo, decidimos pela realização desta pesquisa, com a intenção de responder às seguintes questões: Qual o histórico reprodutivo de mulheres portadoras de HIV/aids? Quais os sentimentos dessas mulheres com relação ao desejo de ter ou não ter filhos? Quais as práticas anticoncepcionais dessas mulheres? Para responder a tais questionamentos foram definidos os seguintes objetivos: verificar a história reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/aids;

identificar motivos que determinam o desejo dessas mulheres em terem ou não filhos; e verificar suas práticas contraceptivas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de campo. Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em determinado momento.[5] No estudo de campo, o pesquisador estabelece contato direto com os sujeitos ou fenômeno em estudo, ampliando as informações sobre o que se pesquisa.[6] O contato direto da pesquisadora com as mulheres portadoras de HIV/aids permitiu-lhes melhor percepção das atitudes e expressões, o que foi positivo para a interação durante a entrevista, técnica escolhida para a coleta de dados, que seguiu um formulário preestabelecido e testado, contendo perguntas sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, sexuais, reprodutivos e da prática anticoncepcional.

Os dados foram coletados em ambulatório de HIV/aids de um hospital de ensino de Fortaleza-CE, que atende homens e mulheres com DST/HIV/aids às segundas e quartas-feiras à tarde. As atividades são desenvolvidas por equipe multiprofissional constituída por quatro médicos, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga. Em cada tarde de acompanhamento, é atendida uma média de 15 usuários por médico, totalizando cerca de 120 usuários, semanalmente. Dentre os pacientes atendidos em cada turno, três eram mulheres soropositivas para o HIV, correspondendo à demanda média mensal de 12 mulheres com o referido diagnóstico.

Considerando o período definido para a coleta de dados (julho a outubro de 2007), participaram do estudo 51 mulheres em acompanhamento para HIV/aids, portanto, todas as que passaram pelo serviço e que atenderam ao critério de inclusão estar em idade fértil (10 a 49 anos) – intervalo adotado pela Secretaria da Saúde do Ceará.[7]

As entrevistas foram realizadas no ambulatório (em sala privativa) e nas respectivas tardes de atendimento já referidas, momento em que as mulheres aguardavam pela consulta médica. Primeiro, os prontuários das pacientes eram revisados e, uma vez presente o diagnóstico de HIV/aids, estas eram convidadas a participar.

Dados numéricos foram processados no Epi Info versão 3.3 e apresentados em tabelas, contendo frequência absoluta, frequência relativa, média (*X*) e desvio padrão (*S*). As falas foram agrupadas em duas categorias preestabelecidas de acordo com os motivos determinantes do desejo dessas mulheres em ter ou não ter filhos. As subcategorias foram estabelecidas de acordo com a Técnica de Análise Categorial do Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin.[8]

Na pré-análise, os dados foram organizados pelo uso da lógica, da intuição e das experiências e conhecimentos das autoras, tendo por objetivo sistematizar as ideias iniciais por meio de repetidas leituras das falas das respondentes, identificando pontos de semelhanças e de divergências, o que permitiu agrupar os dados por sentimentos ou ações expressas. Na fase da exploração do material, realizaram-se as operações de codificação ou enumeração. Para facilitar a contagem dos eventos, os formulários das entrevistas foram numerados de 1 a 51. As falas foram codificadas pela letra M, seguida do número correspondente ao formulário (M1, M2, M3...). Realizou-se leitura geral do material com a intenção de reuni-lo em unidades de significados convergentes. Na interpretação, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital, obtendo parecer favorável sob o Protocolo nº 075.06.02/2007, e seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.[9] As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após informadas sobre objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa.

RESULTADOS

Na TAB. 1 mostram-se as características demográficas e socioeconômicas da população estudada.

TABELA 1 – Distribuição do número de mulheres portadoras de HIV/aids segundo perfil demográfico e socioeconômico. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC – Fortaleza-CE – jul./out. 2007

Variáveis	Nº	%
Idade		
(em anos completos) **(*X*=35) *S* = 7,7**		
15 a 20	1	2
21 a 30	15	29,5
31 a 40	21	41
41 a 49	14	27,5
Condição de união		
Companheiro fixo	24	47,1
Sem companheiro	15	29,4
Companheiro eventual	12	23,5
Escolaridade		
(em anos de estudos)		
Sem instrução e menos de 1	4	7,8
1 a 3	1	2
4 a 7	20	39,2
8 a 10	13	25,5
11 ou mais	13	25,5
Renda familiar mensal		
(em salário mínimo vigente)		
Sem rendimento	5	9,8
½ a 2	36	70,7
3 a 5	10	19,5

Quanto à história reprodutiva, o número de filhos das 40 (78,4%) entrevistadas que haviam vivenciado a

maternidade variou de um a sete, com uma média de dois filhos e desvio-padrão de 1,5, sendo que 24 (47,0%) das mulheres tinham um ou dois filho(s), 14 (27,0%) tinham três ou quatro filhos, 2 (4,0%) tinham cinco ou sete filhos e 11 (22,0%) eram nulíparas.

Acrescente-se que, destas, 28 (70%) vivenciaram a maternidade antes do diagnóstico de HIV/aids e 12 (30%) tiveram o diagnóstico no pré-natal, ou seja, engravidaram desconhecendo a soropositividade para o HIV.

Motivos que determinam o desejo de mulheres portadoras de HIV/aids por ter ou não ter filhos

Sete (13,7%) das 51 (100%) mulheres entrevistadas manifestaram o desejo de ter filho(s), incluídas 3 (43%) que já eram mães (M4, M38 e M43). Os depoimentos que seguem ilustram os motivos que mobilizam essas mulheres para o referido desejo, os quais constituíram as seguintes subcategorias: ter informação sobre a possibilidade de o filho nascer sadio (M4, M15, M43, M47 e M50), exercer a maternidade (M38, M47), desejo de paternidade do companheiro (M47) e a fé em Deus de proteger a criança do vírus (M28).

> *Hoje eu sei, a doutora do posto que me falou, que eu posso ter filho sem ele nascer doente.* (M4, 26 anos, 1 filho)

> *A doutora me disse que se eu fizer o tratamento direito, eu posso engravidar e o bebê não nascer doente, aí eu quero ter todos os cuidados para engravidar, pois eu quero ser mãe.* (M15, 31anos, nulípara)

> *Eu tenho um pouco de medo, mas a doutora me falou que tomando o remédio direito não passa essa doença para o bebê.* (M43, 24 anos, 1 filho)

> *Eu acho que toda mulher tem o desejo de ser mãe, comigo não é diferente. Além do mais o meu marido quer muito ser pai também. Ouvi falar que tem chance da criança não nascer com esse problema, tomando remédio na hora do parto, uma coisa assim. (M47, 28 anos, nulípara)*

> *Eu quero ser mãe, hoje tem tratamento. Na hora que eu encontrar o homem certo eu quero ter um filho e eu quero ter um filho homem*. (M50, 22 anos, nulípara)

> *Eu tenho medo, mas eu faço o pré-natal direito e não vai passar se Deus quiser* [referindo-se à transmissão vertical]. *Estou grávida do meu primeiro filho e eu quero ter dois.* (M28, 29 anos, nulípara)

> *Eu tenho vontade [referindo-se a ter filho], pois só tenho um.* (M38, 27 anos, 1 filho)

As outras participantes, 44 (86,3%) mulheres, não desejavam ter filhos pelos motivos que deram origem às seguintes subcategorias: 20 (45,5%) ressaltaram que tinham medo de morrer e deixar o filho órfão; 19 (43,3%) temiam que a criança nascesse com HIV; 2 (4,5%) por não quererem relacionamento com o sexo oposto; 2 (4,5%) se opunham porque imaginavam um pré-natal diferente, tendo de tomar muitos remédios e não poderem amamentar o filho; e 1 (2,2%) por temer o preconceito e atitudes de rejeição por parte da família, amigos e da sociedade em geral. As falas a seguir foram os recortes dos depoimentos de participantes, considerados mais apropriados pelas autoras para ilustrar as referidas categorias:

> *Eu num quero ter filho não. Eu tenho muito medo de morrer e aí* ele [o filho] *vai ficar com quem?* (M3, 32 anos, 1 filho)

> *Eu tenho essa doença* [o HIV/aids]. *Não posso ter filho porque ele pode nascer com essa doença também, aí vai ser muito sofrimento. Além do mais, se eu morrer, quem vai cuidar dele?* (M12, 30 anos, sem filhos)

> *Me decepcionei muito com os homens, eu amava ele* [referindo-se ao parceiro] *e ele sabia que era doente e mesmo assim passou essa doença para mim. Deus me livre de homem na minha vida.* (M7, 49 anos, 4 filhos)

> *Olha, sinceramente, eu não quero ter outros filhos, não; o pré-natal é todo diferente, a gente tem que ficar tomando remédio, a gente não pode amamentar o próprio filho. Eu sofri muito e eu não quero passar por isso nunca mais.* (M26, 21 anos, 1 filho).

> *Ter filho com esse problema* [HIV/aids] *não dá certo, não quero mesmo. Basta eu para sofrer preconceito e ser rejeitada pela própria família, os amigos e todo mundo; você sabe que é assim.* (M8, 44 anos, 3 filhos)

Prática contraceptiva de mulheres portadoras de HIV/aids

A TAB. 2 apresenta a distribuição da população estudada de acordo com a prática contraceptiva.

TABELA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivo de acordo com a prática contraceptiva. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC – Fortaleza-CE – jul./out. 2007

Métodos anticoncepcionais em uso durante o estudo (N=51)	Nº	%
Condom	19	37,3
Abstinência sexual	12	23,5
Laqueadura tubária e condom	8	15,7
Laqueadura tubária e abstinência sexual	3	5,9
Laqueadura tubária	3	5,9
Anticoncepcionais orais combinados de baixa dose (AOC)	3	5,9
Anticoncepcionais orais combinados de baixa dose (AOC) e condom	2	3,9
Anticoncepcionais injetáveis combinados (AIC)	1	1,9

Observa-se que o uso do condom como MAC único ou associado vinha sendo usado por 29 (56,8%) das mulheres estudadas, ou seja, pouco mais da metade do grupo investigado. Outro aspecto a destacar é o de que 15 (29,4%) mulheres adotaram a abstinência sexual, rompendo com laços afetivos e com o exercício de sua sexualidade no que diz respeito ao relacionamento sexual; 6 (11,7%) faziam uso de método hormonal; e 14 (27,4%) estavam laqueadas, sendo que, dessas, 8 usavam o preservativo e 3 faziam abstinência sexual.

DISCUSSÃO

A idade das mulheres pesquisadas variou de 15 a 49 anos, com uma média de 35 anos e desvio-padrão de 7,7 anos, ou seja, uma faixa etária que permeia as diferentes fases reprodutivas, como adolescência, juventude e adultez, incluindo os extremos da idade reprodutiva. No Brasil, o HIV/aids vem atingindo cada vez mais mulheres, notadamente na faixa etária média de 35 anos,[2] assertiva que corrobora a média de idade encontrada nesse estudo.

A condição de união se apresentou com relacionamentos do tipo fixo, eventual e mulheres que se encontravam sozinhas, sem qualquer relacionamento, porém com predomínio de uniões fixas (47,1%) e estáveis (29,4%). O percentual de mulheres vivendo sem relacionamento também se mostrou relativamente elevado (23,5%). Chamou atenção que nenhuma mulher tenha revelado relacionamento eventual. Nesse sentido, um aspecto a discutir é o da monogamia como fator de proteção diante do mito da relação estável *versus* confiança conjugal, uma vez que a percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids desses casais diminui e até desaparece. Foi verificado que mulheres casadas entendem o HIV/aids como problema de mulheres da vida ou que têm muitos parceiros, sendo difícil que as atinja mesmo na desconfiança de que o parceiro seja poligâmico.[10]

A escolaridade variou entre não ter qualquer escolaridade a ter 11 anos ou mais de estudos, porém com igual porcentagem de mulheres sem escolaridade até 7 anos de estudos (50,0%) e com escolaridade de 8 a 11 anos ou mais de estudos (50,0%). Esse resultado contraria a informação de que é maior a notificação de casos de HIV/aids entre pessoas com até sete anos de escolaridade,[2] o que pode ser atribuído ao fato de o hospital pesquisado ser referência para casos de HIV/aids, migrando para este ampla diversidade de pessoas soropositivas, onde encontram melhores respostas para a condição de saúde-doença, mesmo aqueles de escolaridade e renda mais favorecidas. Assim, a renda familiar média também foi heterogênea, variando entre não ter renda até cinco salários mínimos, sendo maior o percentual de mulheres vivendo com meio a dois salários mínimos (70,7%).

Dentre as 40 (78,4%) mulheres que eram mães, 12 (30%) tiveram o diagnóstico de HIV/aids no pré-natal, demonstrando que mulheres com esse quadro estão a engravidar sem adotar, integralmente, as medidas que reduzem as chances de transmissão vertical, uma vez que parte das referidas medidas deve ser oferecida ainda no período pré-concepcional. Quanto mais precoce é dado o diagnóstico de HIV/AIDS, maiores são os benefícios para a mãe e o concepto, reduzindo a transmissão vertical e o déficit no desenvolvimento psicomotor e neurocognitivo no recém-nascido dada a ação do HIV sobre o sistema nervoso central.[11] Essa realidade pode ser decorrente, em parte, de controvérsias existentes na atenção à saúde reprodutiva de mulheres soropositivas para o HIV, passando por condutas individuais e de fórum íntimo dos provedores de serviços tecnicamente despreparados.[12]

Sete (13,7%) mulheres do estudo manifestaram o desejo de engravidar, destacando como principal motivo ter informações sobre as chances de redução da transmissão vertical do HIV. Portanto, cabe à equipe de saúde, em particular o enfermeiro, estar preparada para promover o aconselhamento adequado voltado para a concepção desse público-alvo, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos de livre escolha dessas mulheres, as recomendações do protocolo de redução da transmissão do HIV, bem como os cuidados específicos para as mulheres e/ou casais que decidem pela concepção, citados na introdução do estudo.[3,4]

Todas as informações que apoiam as mulheres portadoras de HIV/aids a conceberem com baixas chances de transmissão vertical deverão ser fornecidas a esse público-alvo, no sentido de promover escolhas conscientes no que diz respeito à maternidade e à prevenção do HIV. A propósito, destaque-se o rol de mulheres deste estudo que manifestou o desejo de conceber, tendo por motivação a informação e a tomada de consciência a respeito das medidas de redução da transmissão vertical do HIV.

Também foram motivos para desejar a concepção: aumentar a prole, atender ao desejo do parceiro de ser pai e a fé de que Deus pode proteger a criança do HIV, ou seja, uma diversidade de sentimentos que influencia a escolha reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/aids, o que suscita a necessidade de equipes de saúde preparadas para atender às demandas por concepção advindas desse grupo. Em um estudo, foram identificados resultados semelhantes, ao apontar, como fator determinante para mulheres HIV positivo desejar conceber, o fato de não ter o número de filhos desejado e que 43% dos homens heterossexuais, soropositivos desejavam ter filhos.[13] A fé é de elevada importância no processo de enfrentamento do HIV/aids por mulheres, as quais costumam fazer referência a questões relativas à fé quando entrevistadas durante pequisas.[14]

Neste estudo, das 44 (86,3%) mulheres que não desejavam conceber, 20 (45,5%) apresentaram como motivo o medo de ir a óbito e deixar a criança órfã. Nesse sentido, analisa-se que, sendo a aids uma pandemia que continua se alastrando por todo o mundo e que tem como característica marcante a ausência da cura, não é raro que as pessoas, ao se descobrirem com o HIV, temam a morte. Esses sentimentos se exacerbam entre mulheres

soropositivas no puerpério. Em estudo realizado em Belo Horizonte, foram identificados sentimentos conflituosos de ansiedade e culpa, apesar das informações sobre as possibilidades de não infecção do bebê com o tratamento com antirretrovirais. Desconfiança, medo ou vontade de morrer, desejo de que a situação não seja real, medo de discriminação e preocupação sobre os cuidados do(s) filho(s), caso venham a falecer, foram os preponderantes.[15]

Outro fator que justificou o não desejo de conceber foi o medo das mulheres do risco da transmissão vertical, relatado por 19 (43,3%) das entrevistadas. Encontrou-se como principal razão para mulheres soropositivas não desejarem ter filhos o medo de a criança nascer com o vírus.[16] Sobre esse fato é sabido e já foi comentado que a utilização de um conjunto de medidas pode reduzir para 1%-2% o risco de transmissão vertical do HIV.[3] Assim, as mulheres precisam estar informadas sobre o assunto, o que interfere diretamente na sua escolha reprodutiva.

Destacou-se, ainda, a negação de relacionamento com o sexo oposto relatada por parte das mulheres como motivo para o não desejo de ter filho(s), atitude decorrente da revolta e/ou decepção para com o parceiro, fonte de sua contaminação. Esse comportamento que leva à abstinência sexual é elevado entre mulheres soropositivas para o HIV/aids em outras regiões dentro e fora do País, decisão exatamente fortalecida pela decepção e revolta das mulheres em ter no parceiro a fonte de infecção.[17]

O temor de um pré-natal com maior necessidade de cuidados e de remédios foi também motivo para o não desejo de conceber, bem como a impossibilidade de amamentar o filho. Essas medidas, realmente, são necessárias para a redução do risco de transmissão vertical do HIV, e, uma vez disponibilizadas às mulheres com padrão adequado de acesso e qualidade, vai amenizar esse temor.[3]

Também foi encontrado como motivo para o não desejo de conceber o medo de sofrer preconceitos, rejeição. A esse respeito, em estudo sobre enfrentamento da aids entre mulheres infectadas, afirma-se que elas se sentem frágeis diante do diagnóstico e relembram que a descoberta da doença foi recebida com medo da morte, vergonha, abandono, solidão, tristeza e ansiedade. A revelação do diagnóstico é uma barreira na vida de todas as mulheres, situação relacionada ao medo de vivenciar o preconceito e a discriminação.[18]

Quanto à prática contraceptiva das mulheres pesquisadas, 29 (56,8%) usavam preservativo masculino, percentual baixo, em face da necessidade de uso por 100% das pessoas vivendo com HIV/aids, porém acima da média nacional da população geral de mulheres em idade fértil (12,9%).[19] Muitas vezes, o uso regular de preservativo varia conforme a parceria, eventual ou fixa, ficando esta última comprometida pela maior confiança entre o casal. Segundo inquérito de âmbito nacional realizado nas diferentes regiões do País, com 6 mil indivíduos de 15 a 54 anos de idade, na faixa etária entre 25 e 39 anos, a percentagem de uso de preservativo variou de 48,7% com parceiro eventual a 21,9% com parceiro fixo.[20] Percentual significativo, ou seja, 15 (29,4%) das mulheres entrevistadas optaram pela abstinência sexual.

Pessoas HIV positivas elegem, deliberadamente, a abstinência sexual, segundo nova pesquisa nos Estados Unidos. Autores afirmam que não há como quantificar o número de pessoas HIV positivo sexualmente inativas, porém infere-se que o número é elevado.[17] Essa informação é útil para os que desenvolvem estratégias de educação e prevenção do HIV, no sentido de promoverem espaços para o diálogo e a troca de experiências e informações sobre a temática. Nos Estados Unidos, pesquisa enfoca a necessidade de profissionais da saúde oferecerem assessoria adequada às mulheres HIV positivo no campo da contracepção, pois, ouvindo 118 mulheres HIV positivo em idade fértil, 47% haviam sido laqueadas, porém, destas, 12% manifestaram o desejo de ter filhos após a laqueadura tubária.[21]

Quando o anticoncepcional hormonal combinado oral de baixa dose é utilizado por mulheres HIV positivo em tratamento com antirretrovirais (Efavirez, Nevirapina, Nelfinavir e Ritonavir), poderá ocorrer interação medicamentosa, reduzindo os níveis séricos do etinilestradiol e, portanto, a eficácia contraceptiva.[22] As 6 (11,7%) mulheres em uso de métodos hormonais utilizavam-nos juntamente com a medicação antirretroviral, porém duas o usavam associado ao preservativo, o que colabora para reforçar a contracepção em meio as chances de redução sérica do etinilestradiol, e outra fazia uso parenteral, o que também concorre para menores alterações nos níveis de estrógeno. Receber essas informações constitui direito desse público-alvo.

Ressalte-se que nenhuma mulher referiu uso de dispositivo intrauterino (DIU) ou preservativo feminino, métodos efetivos para a maioria das mulheres portadoras de HIV/aids, além de não interferirem com a terapia antirretroviral. Em estudo randomizado realizado na Zâmbia com o objetivo de determinar a eficácia e a segurança do DIU entre mulheres infectadas com HIV, foram recrutadas 599 mulheres no pós-parto para receber o DIU de cobre ou de contracepção hormonal, acompanhando-as por pelo menos dois anos, e concluiu-se que o DIU é eficaz e seguro em mulheres infectadas pelo HIV.[23]

Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados na perspectiva de ampliar as evidências quanto aos cuidados pré-concepcionais que devem ser realizados com as mulheres portadoras de HIV/aids, bem como sobre as especificidades da anticoncepção desse público-alvo.

CONCLUSÃO

As mulheres com HIV/aids participantes deste estudo apresentaram demandas por atenção em planejamento familiar, tanto em concepção quanto em anticoncepção,

ressaltando-se que das 40 (78,4%) mulheres que já tinham filhos 12 (30%) tiveram os partos como portadoras de HIV, sendo que o diagnóstico de todas elas foi dado no pré-natal, portanto um diagnóstico tardio que impede o acesso aos cuidados pré-concepcionais, tão relevantes para a prevenção da transmissão vertical.

Mais mulheres, ou seja, 86,3%, manifestaram o desejo de ter filho(s) e 70,6% das participantes mantinham-se sexualmente ativas, porém somente 29 (56,8%) usavam preservativo masculino de forma isolada ou combinada a outro método. Assim, parte das mulheres encontrava-se exposta a sobrecarga viral e/ou à contaminação do parceiro. Em ordem decrescente, os demais métodos anticoncepcionais usados pelo grupo eram: abstinência sexual (29,4%), laqueadura (27,5%), anticoncepcional combinado oral de baixa dose (9,8%) sob risco de interação com os antirretrovirais e injetável combinado (1,9%).

Conclui-se que a atenção ao planejamento familiar dessas mulheres com HIV/aids necessita ter suas especificidades reconhecidas e monitoradas com mais rigor e abrangência pelos profissionais de saúde, uma vez que parte está exposta tanto à gestação sem receber as medidas de prevenção contra transmissão vertical do HIV na pré-concepção quanto à prática contraceptiva inadequada.

REFERÊNCIAS

1. Ceará. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Informe epidemiológico: AIDS. Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2007.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico AIDS/DST - Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

4. Sonnenberg-Schwan U, Gilling-Smith C, Weigel M. HIV e desejo de paternidade. HIV Medicine, 2006. [Citado 2007 abr. 16]. Disponível em: <http://hivmedicine.aidsportugal.com/30_Parenthood.php>.

5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

6. Matos KSL, Vieira SL. Pesquisa educacional: o prazer de conhecer. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2001.

7. Ceará. Secretaria de Saúde. Saúde Reprodutiva e Sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2002.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

10. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2):401-6.

11. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psic Teor Pesq. 2005; 21: 279-88.

12. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública 2002; 36 (4):12-23.

13. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segrado A. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. Psicol USP. 2002; 13 (2):105-33.

14. Braga ICC. Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV: contribuições para a prática de Enfermagem [mestrado] Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO; 2009.

15. Freitas MIF, Moreira OG. A experiência de mães soropositivas para HIV no período de espera de confirmação do diagnóstico do filho. REME - Rev Min Enferm. 2007; 11(2):126-31.

16. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K, Pegorario M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da aids. Interface Comunic Saude Educ. 2002; 6(11):39-54.

17. Bogart LM, Collins RL, Kanouse DE, Cunningham W, Beckman R, Golinelli D, Bird CE. Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/aids. Am J Public Health [on line] 2006; 96 (6): 1078-84 [Citado 2006 mai. 14]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/full/96/6/1078?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=96&firstpage=1078&resourcetype=HWCIT>.

18. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da aids entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. Rev Esc Enferm. USP 2008; 42 (1): 90-7.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS, 2006. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

20. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, Souza Júnior PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. [Citado 2009 dez. 22]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?View=%7B98C9AB2B-AE2C-455E-AC0A-531AA38F6938%7D&Team=&params=itemID=%7BA3D99429-4FD4-4CF7-B8AB-BF4FA99BC630%7D%3B&UIPartUID=%7BD90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898%7D>.

21. Stanwood NL, Cohn SE, Heiser JR, Pugliese M. Examinan el deseo de tener hijos y el arrepentimiento de esterilizarse entre mujeres VIH-positivas. Contraception [on line] 2007; 75(4): 294-8. [Citado 2007 mar. 22]. Disponível em: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(07)00032-7/abstract>.

22. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3ª ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2004.

23. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, *et al.* A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. Am J Obstet Gynecol. 2007 August; 197(2): 144.e1–144.e8.

Data de submissão: 8/2/2010
Data de aprovação: 16/6/2011

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM USO DE TAMOXIFENO*

WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER TAMOXIFEN USERS AND THEIR COPING STRATEGIES

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA QUE TOMAN TAMOXIFENO

Franciele Marabotti Costa Leite[1]
Maria Helena Costa Amorim[2]
Denise Silveira de Castro[2]
Esdras Guerreiro Vasconcellos[3]
Cândida Caniçali Primo[4]

RESUMO

A neoplasia mamária gera na mulher esforços cognitivos e comportamentais cujo objetivo é desencadear estratégias de enfrentamento a fim de lidar com as demandas internas e externas. Por ser um processo dinâmico e exigir respostas em cada fase da doença, torna-se fundamental que a mulher adquira habilidades de enfrentamento para lidar com o contexto estressante da doença. Nesse sentido, o objetivo com este estudo foi identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Trata-se de estudo descritivo, transversal, quantitativo. A amostra constituiu-se de 270 mulheres, atendidas no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período de maio a setembro de 2008. Para a coleta dos dados foi utilizada a escala "Modos de Enfrentamento de Problema". As mulheres vivenciam as estratégias de enfrentamento com foco no problema, religião, suporte social e emoção, entretanto, quando são comparadas, verifica-se que o enfrentamento com foco no problema é o mais utilizado ($p<0,05$). As mulheres apresentam maior aproximação e aceitação do problema, uma vez que possuem uma postura de apego à vida e buscam a saúde. Daí conhecer e aproximar-se do agente estressor facilita o planejamento para o seu enfrentamento.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

Mammary neoplasia triggers in women a broad set of cognitive and behavioural responses focused on the developing of coping strategies to deal with internal and external strains. It is a dynamic process that demands responses at each stage of the disease. It is essential that women should develop coping abilities to face the disease's stressful context. The present study aimed to identify coping strategies developed by women diagnosed with breast cancer and tamoxifen users. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study carried out at Santa Rita de Cássia Hospital Ambulatory in Vitória-ES from May to September 2008 with a sample of 270 women. Data collection used the category "Ways of coping with the problem". Coping strategies focused on the disease, the religion, and the social and emotional support. However when the various strategies were compared the "focus on the disease" was the most commonly used ($p<0.05$). Women that cling to life and long for health presented a healthier attitude towards understanding and accepting the disease and were better able to plan how to cope with the stressor agent.

Key words: Breast Neoplasms; Psychological Adaptation.

RESUMEN

Las neoplasias de mama provocan en las mujeres una amplia gama de respuestas cognitivas y conductuales que se centran en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para enfrentar las demandas internas y externas. Al ser un proceso dinámico que exige respuestas en cada etapa de la enfermedad, resulta fundamental que las mujeres adquieran las habilidades de afrontamiento del contexto de estrés de la enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias utilizadas por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que toman tamoxifeno. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo transversal de la sección. La muestra consistió de 270 mujeres atendidas en el Hospital Santa Rita de Cassia, Vitoria-ES, de mayo a septiembre de 2008. Para la recogida de datos se utilizó la Escala Formas de Afrontamiento de problemas. Las mujeres experimentan las estrategias de supervivencia con enfoque en el problema, la religión, el apoyo social y en la emoción; sin embargo, cuando se comparan, parece que la confrontación con el foco en el problema es la más utilizada ($p <0,05$). Las mujeres muestran aceptar mejor el problema, una vez que sienten apego a la vida y buscan tener buena salud. Por ello, conocer y acercarse al agente estresor facilita la planificación del afrontamiento.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Adaptación Psicológica.

* Artigo extraído de uma pesquisa de dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnostico de câncer de mama em uso de tamoxifero.

[1] Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Biológicas e Agrárias do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
[2] Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFES.
[3] Doutor em psicologia e medicina psicossomática. Professor do Instituto de Psicologia da USP.
[4] Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFES.
Endereço para correspondência – Rodovia BR 101 Norte, Km 60, Bairro Litorâneo – São Mateus-ES. CEP: 29932-540. Tel: (27) 3312-1558/ (27) 9718-3391. francielemarabotti@ceunes.ufes.br.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, sendo uma das grandes preocupações na saúde pública[1]. Dados mais recentes do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam em 2008, no Brasil, 49.400 novos casos de neoplasia mamária, com incidência de 50,71.[2]

O diagnóstico de câncer de mama leva a mulher a vivenciar sentimentos de medo, tristeza, aceitação, negação, questionamentos e dúvidas. Nesse sentido, a mulher com câncer de mama, que está em tratamento, tende a ficar mais sensível e vulnerável a estímulos que a doença provoca. Isso influencia muitas vezes de forma negativa sua adaptação,[3] já que as situações adversas, quando não enfrentadas adequadamente, podem gerar no indivíduo ansiedade e depressão, que na maioria das vezes desencadeiam doenças.[4]

Assim, a mulher na tentativa de processar a situação estressora, busca adaptar-se às circunstâncias estressantes interagindo com o organismo e o ambiente, o que equivale ao *coping* que vem sendo traduzido como "enfrentamento", "ajustamento". Esse conceito centraliza-se nos acontecimentos ao longo da vida das pessoas, que se refere às perdas, dificuldades, fatos inesperados, tragédias, ajustando-se ao seu impacto.[5]

O *coping* constitui um processo de mudanças cognitivas e esforços comportamentais para manusear demandas externas e/ou internas que são avaliadas com os recursos de cada indivíduo. Essa definição enfatiza a noção de enfrentamento como processo. Portanto, o enfrentamento não pode ser visto como uma resposta única dada por uma pessoa ou ação singular em determinado momento, mas deve ser compreendido como um conjunto de respostas que ocorre ao longo de um período, durante o qual o ambiente e a pessoa se influenciam mutuamente. Por ser um processo dinâmico, este se modifica com as avaliações e reavaliações feitas constantemente sobre o evento.[6]

Qualquer empenho em lidar com o estressor é uma resposta de *coping*, independentemente do sucesso ou do fracasso. No que diz respeito às suas funções, pode ser classificado em *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. As funções do *coping* permitem alterar as relações indivíduo-ambiente mediante o controle da situação geradora do estresse (quando centrado no problema) ou modular a resposta emocional (quando centrado na emoção). O enfrentamento centrado no problema se dirige às situações de possível mudança, enquanto o *coping* centrado na emoção está associado a situações imutáveis. Assim, as estratégias de *coping* são ações decisórias, sejam orgânicas ou não, que emitem uma resposta ao agente estressor.[6]

Nesse sentido, o enfrentamento consiste nas respostas que surgem com base em situações estressoras e tem a função de modificar o contexto no qual as respostas de estresse estão apresentadas. Logo, a resposta de *coping* pode afetar o estresse, bem como a interação entre o estresse, e suas estratégias de *coping* envolvem processos intensos e longos que dependerão da resposta individual às várias situações vivenciadas.[5]

A mulher com câncer de mama, no decorrer da doença, ou seja, desde o diagnóstico à cirurgia, os tratamentos e até a possibilidade de reincidência ou cura da doença, vivencia diversas estratégias de enfrentamento. Essas estratégias, como processo, incluem um esforço contínuo de ir e vir, desde a confrontação até as consequências da neoplasia. Quando esse processo se completa de forma satisfatória, esse ciclo ocorre com menor frequência, praticamente desaparecendo, indicando que o indivíduo lidou adequadamente com a situação.[7]

O tratamento para o câncer de mama é sempre individual, avaliando a extensão da doença, suas características e a situação de cada mulher. Existem alguns tipos de tratamento disponíveis, como a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e a cirurgia, que podem ser administrados individualmente ou concomitantemente.

Na hormonioterapia, o tamoxifeno é o fármaco mais comumente utilizado. Consiste em um modulador seletivo de ação antiestrogênica por se ligar ao receptor de estrogênio no tecido mamário, impedindo de forma competitiva a ação do estrogênio nesse tecido.[8] O uso do tamoxifeno por cinco anos diminui o risco de câncer de mama em mulheres de alto risco[9] e vem demonstrando o aumento do intervalo livre da doença, o aumento da sobrevida e a redução da incidência de eventos de câncer na mama contralateral.[10] No entanto, apresenta efeitos adversos, decorrentes de sua ação antiestrogênica, dentre eles a proliferação do endométrio, com risco aumentado de adenocarcinoma e os fenômenos tromboembólicos.[11]

Considerando que a neoplasia mamária é uma doença de grande relevância na saúde pública, geradora de alterações biopsicossociais, e que o tratamento com tamoxifeno traz mudanças significativas na vida da mulher, seja pelo seu uso contínuo e prolongado, seja pelos efeitos colaterais associados, torna-se fundamental conhecer o significado desse momento na vida da mulher, e como ela o enfrenta, a fim de ajudá-la a reconhecer e utilizar suas estratégias de enfrentamento.

Diante disso, o objetivo com este estudo foi identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno, tendo em vista a carência de investigação dessa natureza desenvolvida especificamente nessa população.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), criado e mantido pela Associação Feminina de Ensino e Combate ao Câncer (AFECC). Essa instituição está localizada na cidade de Vitória-ES e é um hospital de referência estadual em oncologia, com atendimento ambulatorial e internação nas diversas especialidades.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

A amostra foi composta por 270 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à cirurgia em hormonioterapia com uso de tamoxifeno, atendidas no referido ambulatório. Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula de tamanho de amostra, com população finita (N=1080), precisão desejada de 5% e nível de significância de 5%.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a setembro de 2008. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa em dias de consultas médicas, quando estavam realizando algum tipo de procedimento no Hospital Santa Rita, ou ainda durante as buscas da medicação, constituindo, assim, uma amostra por conveniência.

Após a orientação e especificação quanto aos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de identificar as estratégias de enfrentamento, foi aplicado, de forma individual, o instrumento da EMEP, que, apesar de ser autoaplicável, optou-se pela aplicação pelo pesquisador, a fim de não excluir as analfabetas da pesquisa.

O instrumento da EMEP foi criado por Vitalino e colaboradores em 1985, e em 1997 foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Gimenes e Queiros.[12] A EMEP concebida no modelo interativo do estresse conceitua o enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. A escala é composta de 45 itens, distribuídos em quatro focos de enfrentamento: problema, emoção, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. As respostas são avaliadas por meio de uma escala ordenada de 5 pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). Escores mais elevados são indicativos da maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.[12]

Foi utilizado o SPSS – Versão 13.0 – 2004 para análise estatística de mediana e desvio-padrão. Entre os escores do EMEP foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Consideraram-se resultados com diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05.

Este estudo encontra-se em consonância com as determinações éticas previstas na Resolução nº 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sob o n° 037/2008.

RESULTADOS

As estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno estão apresentadas na FIG. 1, onde se constata que a estratégia com maior mediana é o foco no problema (3,78), apresentando, entretanto, valor próximo da estratégia de enfrentamento focalizado na religião, que se apresentou com mediana de (3,71); ou seja, as estratégias de foco no problema e nas práticas religiosas são as mais utilizadas pelas mulheres. Note-se, também, que a estratégia de enfrentamento de busca de suporte social e foco na emoção tiveram medianas de menor valor 3,00 e 1,60, respectivamente.

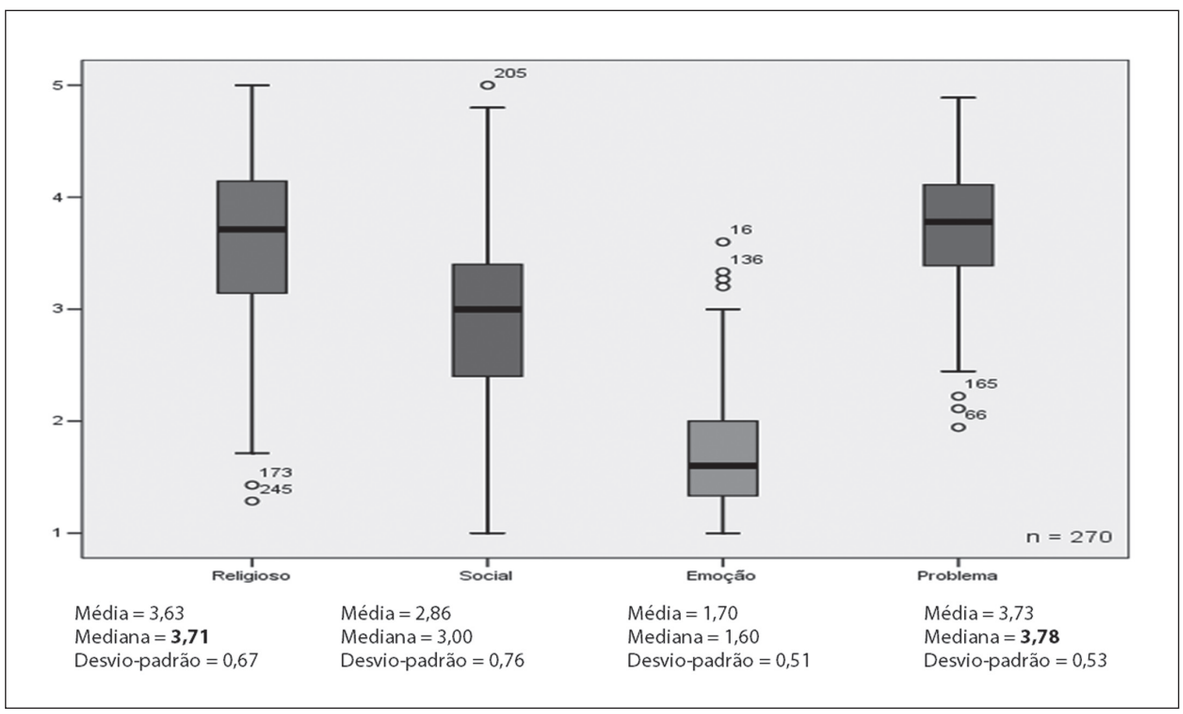

FIGURA 1 – Gráfico de estratégias de enfrentamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – Vitória, maio/set. 2008

A comparação entre as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres (TAB. 1) aponta que entre a religião comparada com a busca de suporte social e a religião comparada com o foco na emoção foi altamente significativa (p=0,000); ou seja, a religião é a mais comumente utilizada pelas mulheres com câncer de mama do que a busca de suporte social e emoção. Quando comparamos o foco no problema com a religião, também houve significância estatística (p<0,05), ou seja, a estratégia de enfrentamento com foco no problema é mais utilizada pelas mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno que as práticas religiosas. A relação da estratégia de busca de suporte social com a emoção também se mostra altamente significativa (p=0,000), demonstrando ser o suporte social mais usado como estratégia de enfrentamento do que a emoção. Da mesma forma, ao comparar a estratégia de enfrentamento focalizado no problema com a busca de suporte social e o foco no problema com a emoção (p=0,000), observa-se a maior utilização do enfrentamento com foco no problema.

TABELA 1 – Estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – Vitória, maio/set. 2008

Teste de Wilcoxon	*Mediana*	*Desvio-padrão*	*p-valor*
Religioso x Social	3,63 x 3,00	0,67 x 0,76	**0,000**
Religioso x Emoção	3,63 x 1,60	0,67 x 0,51	**0,000**
Problema x Religioso	3,78 x 3,63	0,53 x 0,67	**0,049**
Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,76 x 0,51	**0,000**
Problema x Social	3,78 x 3,00	0,53 x 0,76	**0,000**
Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,53 x 0,51	**0,000**

DISCUSSÃO

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno é o foco no problema (p<0,05), seguido das práticas religiosas, busca de suporte social e a emoção. Pesquisas realizadas apontam médias mais elevadas no foco no problema e menor na emoção quando o estressor é a saúde.[7,13-15] Dados semelhantes foram encontrados nesta pesquisa, uma vez que o foco no problema apresentou maior mediana (3,70), enquanto que o foco na emoção teve a mediana de 1,60. Outros estudos disponíveis indicam que grupo de pessoas sem estresse[16] e mães de crianças autistas utilizavam mais o foco no problema.[17]

O uso predominante da estratégia de enfrentamento com foco no problema indica que as mulheres apresentam maior aproximação e aceitação do problema mediante a aquisição, resgate e manutenção da força. Significa uma postura de apego à vida e busca da saúde, em que conhecer e aproximar-se do estressor facilita o planejamento para o seu enfrentamento.[7] O uso longo e contínuo do tamoxifeno não afeta o funcionamento psicossocial das mulheres,[18] assim como há maior adaptação e o enfrentamento do câncer de mama no período das terapias adjuvantes quando comparado ao período de diagnóstico e cirurgia.[19]

Dessa forma, pode-se inferir que as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres com câncer de mama estão sendo eficazes, visto que as pacientes apresentam uma postura de cura, aumento da vontade de viver e de aproveitar a vida.[20]

Já a menor utilização da estratégia de enfrentamento com foco na emoção pode ser vista como um aspecto positivo, pois o foco na emoção, de acordo com as questões da escala "Modo de Enfrentar Problemas", aponta para um comportamento de esquiva, negação, autoculpa e culpabilização do outro.[12]

O enfrentamento religioso corresponde à segunda estratégia mais utilizada pelas mulheres. Vale pontuar que o *coping* religioso pode constituir uma ajuda ou obstáculo ao processo de enfrentamento, já que pode apresentar padrão positivo – por exemplo, a busca de apoio espiritual e a redefinição benevolente do estressor ou negativo, quando dúvidas são geradas sobre a influência do poder de Deus para interferir na situação estressora, delegando ao mesmo a resolução do problema.[21] Para alguns autores, a busca da religiosidade acontece em situações percebidas como incontroláveis, como uma doença crônica grave, cujo tratamento é complexo.[22]

Estudos revelam que a busca de suporte social ajuda a aumentar a adaptação da pessoa por meio do manejo da emoção, da orientação afetiva e redução do isolamento[23] e favorece o comportamento da saúde, assim como as relações sociais, melhorando a organização da identidade e da inter-relação[24]. Destaque-se que mulheres que buscam as estratégias de enfrentamento com foco no problema não buscam ativamente o suporte emocional.[25]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno vivenciam as quatro estratégias de enfrentamento, utilizando mais frequentemente a estratégia de enfrentamento com foco no problema, seguida das práticas religiosas, busca de suporte social e emoção. A maior utilização da estratégia de enfrentamento com foco no problema sugere que as mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno buscam agir diretamente sobre o estressor, a fim de modificar suas características, demonstrando capacidade de lidar com as circunstâncias estressoras surgidas no cotidiano, seja no convívio familiar, seja no ambiente social mais amplo.

É fundamental que o profissional de saúde que lida com a mulher com o diagnóstico de câncer de mama

reconheça as estratégias de enfrentamento utilizadas nas diferentes fases de seu tratamento, assim como no período de uso do tamoxifeno, valorizando e respeitando os valores, as crenças e os recursos de cada mulher, a fim de que se desenvolvam estratégias de enfrentamento adequadas a cada situação.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca LAM. A evolução das doenças neoplásicas. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucite/NUPENS-USP; 1995. p. 268-78.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

3. Melo EM, Araújo TL, Oliveira TC, Almeida DT. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(1):21:8

4. Trentini M, Silva SHS, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. Rev Latino-am. Enfermagem. 2005 Jan-Fev;13(1):38-45.

5. Zakir NS. Mecanismos de coping. In Lipp MN. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

6. Folkman S, Lazarus R. Estresse, appraisal, and coping. Nova York: Springer;1984.

7. Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. A mulher e o câncer. São Paulo: Pleno; 2000.

8. Oliveira Vilmar Marques de, Aldrighi José Mendes, Rinaldi José Francisco. Quimioprevenção do câncer de mama. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(6): 453-9.

9. Fisher B, Powles TJ, Pritchard KJ. Tamoxifen for the prevention of breast cancer. Eur J Câncer. 2000; 36:142-50.

10. EBCTCG Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. 133 randomised trials involving 31,000 recurrences and 24,000 deaths among 75,000 women. Lancet. 1992; 339:1-15.

11. Osborne CK. Tamoxifen in the treatment of breast cancer. N Engl J Med. 1998; 339:1609-18.

12. Seidl EMF, Trocolli, BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. Psic Teor e Pesq. 2001 Set-Dez; 17(3):225-34.

13. Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. Psicol Estud. 2005 Set-Dez; 10(3). [Citado 2008 Abr 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a09.pdf>.

14. Borcsik SPL. Avaliação da ansiedade e do enfrentamento de executivos em situação de desemprego [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo; 2006.

15. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. Psicol Estud. 2006 Jan-Abr;11(1):155-64.

16. Santos AF, Alves Junior A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. Psicol Reflex Crit. 2007; 20(1). [Citado 2008 Abr 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a14v20n1.pdf>.

17. Schmidt C, Dell'aglio DD, Bosa CA. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. Psicol Reflex Crit. 2007; 20(1). [Citado 2008 Abr 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a16v20n1.pdf>.

18. Fallowfield L, Fleissig A, Edwards R, West A, Powles TJ, Howell A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: psychosocial impact on women participating in two randomized controlled trials. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2001 Apr; 19(7):1885-92.

19. Hürny C, Bernhard J, Coates AS, Castiglione-Gertsch M, Peterson HF, Gelber RD, et al. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node-positive operable breast cancer. International Breast Cancer Study Group. Lancet. 1996 May; 347(9011):1279-84.

20. Marco GM. Mulheres com câncer de mama na meia idade: enfrentamento e auto-avaliação de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2007.

21. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE1): Elaboração e validação de construto. Psicol Estud. 2005 Set-Dez; 10(3):507-16.

22. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psic Teor e Pesq 2005 Set-Dez; 21(3). [Citado 2008 Abr 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a04v21n3.pdf>.

23. Resende MC, Bonés VM, Souza IS, Guimarães NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Psicol Am Lat. 2006 Fev;(5). [Citado 2008 out. 10]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.

24. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio Social redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4). [Citado 2008 abr. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>.

25. Silva G. Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama [dissertação]. São Paulo: Programa de pós-graduação em psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto; 2005.

Data de submissão: 1º/2/2010
Data de aprovação: 16/6/2011

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MINAS GERAIS

SURGICAL SITE INFECTION IN PATIENTS SUBMITTED TO ORTHOPAEDIC SURGERY AT A PUBLIC HOSPITAL IN THE STATE OF MINAS GERAIS

INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRURGIA ORTOPÉDICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

Lúcia Maciel Castro Franco[1]
Flávia Falci Ercole[2]

RESUMO

Estudo de coorte histórica sobre infecções do sítio cirúrgico decorrentes das 3.543 cirurgias de pacientes ortopédicos constantes nos registros de banco de dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital geral, público e de grande porte de Minas Gerais. Os objetivos foram determinar a taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico e o tempo de manifestação da infecção, verificar a associação entre infecção e fatores de risco e identificar os microrganismos prevalentes. Encontrou-se a incidência de infecção de sítio cirúrgico de 1,8%. As variáveis potencial de contaminação da ferida cirúrgica, condições clínicas do paciente (ASA), duração da cirurgia e tipo de procedimento mostraram-se estatisticamente associadas à ISC. O tempo médio de manifestação das infecções após a cirurgia foi de 96 dias. O microrganismo mais frequente foi o *Staphylococcus aureus*.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Infecção da Ferida Operatória; Procedimentos ortopédicos; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a historic cohort study on surgical site infection occurred in 3,543 operations in orthopaedic patients. The surgical interventions were registered in the database of the Nosocomial Infection Control System of a Public General Hospital in Minas Gerais. Its objectives were to determine the incidence rate of surgery site infection, to verify the association between surgical site infection and some risk factors, to identify the prevalent microorganisms as well as the time for the infection's symptoms manifestation. The incidence rate of surgical site infection was 1.8%. The potential surgery wound infection, the patient's clinical condition (ASA), the surgery duration and the type of procedure were the variables statistically associated with SSI. After surgery the average time to the manifestation of infection was 96 days. The prevalent microorganism was *Staphylococcus aureus*.

Key words: Epidemiologic Surveillance, Surgical Wound Infection, Orthopaedic Procedures; Nursing.

RESUMEN

Estudio tipo cohorte histórica sobre las infecciones de la herida quirúrgica como consecuencia de la cirugía ortopédica de 3543 pacientes incluidos en los registros de base de datos del Departamento de Control de Infecciones de un hospital general público de Belo Horizonte, Minas Gerais. Los objetivos fueron determinar la incidencia de la infección del sitio quirúrgico, determinar la asociación entre la infección y factores de riesgo, determinar el momento de aparición de la infección e identificar los microorganismos más prevalentes. Se ha encontrado una incidencia de infección del sitio quirúrgico de 1,8%. Las variables: potencial de contaminación de la herida quirúrgica, las condiciones clínicas del paciente (ASA), tiempo quirúrgico y tipo de procedimiento fueron estadísticamente asociados con la ISC. La infección se manifiesta en un plazo promedio de 96 días después de la cirugía. El microorganismo más frecuentes fue el Staphylococcus aureus.

Palabras clave: Vigilancia Epidemiológica; Infección de Herida Quirúrgica; Procedimientos Ortopédicos; Enfermería.

[1] Enfermeira. Especialista em Epidemiologia no Controle das Infecções Hospitalares. Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Hospital Governador Israel Pinheiro. Docente contratada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Rua Caramuru 231, apto 301, Bairro Coração de Jesus. Belo Horizonte-MG. CEP 30380-190. E-mail: luciamcf@terra.com.br.

[2] Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pelo Departamento de Pós-Graduação em Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais– UFMG. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG. Rua Bernardino de Campos 50, apto 702, Bairro Gutierrez. Belo Horizonte-MG. CEP 30430 -350. E-mail: flávia.ercole@gmail.com.
Endereço para correspondência – Rua Caramuru 231 apt 301, bairro Coração de Jesus – Belo Horizonte-MG. CEP: 30.380-190

INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços científicos e tecnológicos alcançados na área da saúde, a infecção hospitalar (IH) é considerada uma complicação grave e constitui séria ameaça à segurança dos pacientes hospitalizados.[1]

Dentre as principais topografias das IHs, a infecção de sítio cirúrgico (ISC) pode ocupar o segundo ou terceiro lugar entre as infecções associadas à assistência de saúde.[2]

Nos Estados Unidos, estima-se que em 2002 foram realizados 14 milhões de procedimentos operatórios, nas 39 categorias de procedimentos definidos pelo National Healthcare Safety Network (NHSN) do Centers for Diasease Control (CDC). A infecção de sítio cirúrgico acometeu 17% dos pacientes operados nesse período.[2] No Brasil, a ISC ocorre em 14% a 16% dos pacientes hospitalizados. Os dados relativos às infecções ortopédicas no Brasil são escassos, embora alguns estudos tenham evidenciado taxas que variam de 1,4 a 40,3%.[3-4]

Nos procedimentos ortopédicos, é frequente a utilização de materiais de implantes, o que aumenta o risco de infecção pós-operatória, complicação que pode levar até mesmo à perda do membro operado.[5] Entende-se como implante qualquer dispositivo exógeno, não humano, instalado de forma permanente no paciente durante um procedimento operatório e que não é rotineiramente manipulado com objetivos diagnósticos ou terapêuticos. Dentre eles encontramos as próteses articulares, parafusos, fios e telas metálicas/plásticas, que não são removidos do paciente.[2]

A patogênese das infecções de sítio cirúrgico em ortopedia é complexa e está relacionada a fatores de risco do hospedeiro, do microrganismo e do tipo e material implantado.[5] Dentre os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos mais associados à infecção ortopédica encontram-se as condições clínicas do paciente, tempo de internação pré-operatória prolongado, duração da cirurgia, preparo da pele do sítio de incisão, técnica de degermação das mãos do cirurgião e equipe, grau de contaminação da ferida cirúrgica, condições ambientais da sala cirúrgica, tempo de exposição da fratura, número de pessoas dentro da sala, técnica e habilidade do cirurgião, dentre outras.[3-4, 6-8]

A ISC ortopédica prolonga o tempo de internação do paciente por até duas semanas, dobra as taxas de reospitalização, aumenta os custos com a assistência em mais de 300% e pode, ainda, causar limitações físicas, emocionais e redução significativa na qualidade de vida do paciente.[9]

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar os aspectos epidemiológicos das infecções de sítio cirúrgico nos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, em um hospital geral, público, e de grande porte de Minas Gerais.

Objetivos específicos

– Estimar a incidência global de ISC para o período de estudo.

– Estimar a incidência de ISC para os diferentes procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

– Identificar, dentre as variáveis coletadas regularmente pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, aquelas que constituem fatores de risco para a ISC em pacientes ortopédicos.

– Determinar o tempo de manifestação da ISC nos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas.

– Identificar os microrganismos responsáveis pelas infecções cirúrgicas na população avaliada.

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de uma coorte histórica de 3.543 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ortopédicos, cadastrados no banco de dados do Componente Cirúrgico do Programa de Vigilância Epidemiológica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do hospital em estudo e registrados no banco de dados do Programa Sistema Automatizado de Controle de Infecção Hospitalar (SACIH), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007.

Foram incluídos no estudo os pacientes que preenchiam os critérios estabelecidos para pacientes e procedimentos cirúrgicos do National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS), conduzido pelo Centers for Diasease Control and Prevention (CDC), EUA, e que tivessem manifestado os sinais de infecção até o trigésimo dia de pós-operatório para procedimentos sem implantes ou até um ano na presença de implantes. Um procedimento operatório NNIS é aquele realizado em um paciente NNIS cuja data da admissão é diferente da data da alta hospitalar e que teve uma única ida ao Centro Cirúrgico (CC), onde o cirurgião fez, no mínimo, uma incisão através da pele ou membrana mucosa e fechou a incisão antes de o paciente deixar o CC.[10]

Inicialmente, a população elegível para o estudo foi composta por 3.781 pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos. Foram excluídos 238 procedimentos cirúrgicos, dos quais 52 apresentaram dados em desacordo com a metodologia do Sistema NNIS e 186 apresentaram informações incompletas das variáveis coletadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). As informações dos procedimentos cirúrgicos realizados no mês de novembro de 2007 não fizeram parte do estudo por não estarem disponíveis, no sistema, no período de coleta de dados. A amostra final foi de 3.543 informações de pacientes.

Após revisão do banco de dados, este foi exportado para o programa EPI-INFO 6.0, para posterior análise estatística.

A variável dependente avaliada foi ausência (não) e presença (sim) de ISC. A ISC foi categorizada em incisional, superficial, profunda ou de órgãos e cavidades. Foram analisadas as seguintes variáveis independentes: idade; sexo; caráter emergencial da cirurgia (não e sim); anestesia geral (não e sim); implante ortopédico (não e sim); ASA (I, II, III, IV e V, segundo critério da American Society of Anestesiologist);[11] potencial de contaminação da ferida cirúrgica (limpa-L, potencialmente contaminada-PC, contaminada-C e infectada-I), Índice de Risco de Infecção Cirúrgica NNIS (composto pelas variáveis ASA, potencial de contaminação da ferida cirúrgica e duração da cirurgia (escore 0 – três fatores de risco ausentes, escore 1 – apenas um dos fatores de risco presente; escore 2 – dois fatores de risco presentes; escore 3 – três fatores de risco presentes)[11]; tipo de procedimento cirúrgico (FX – cirurgias de redução aberta de fratura; FUS – cirurgias de fusão e artrodese; PROSQ – cirurgias de próteses de quadril; PROSJ – cirurgias de prótese de joelho; AMP – amputação; OMS – outras cirurgias do sistema esquelético; ONS – cirurgias de coluna e outras próteses – ombro e cotovelo); duração da cirurgia (minutos, variável contínua); e permanência pré-operatória (dias, variável contínua).

As variáveis com três ou mais categorias foram dicotomizadas para posterior análise estatística, como as variáveis: ASA I e ASA agrupadas (II, III, IV, V); Índice de Risco de Infecção Cirúrgica NNIS em escore 0 e escore agrupados (1,2,3); Potencial de Contaminação da Ferida Cirúrgica em Cirurgia Limpa e Cirurgia agrupadas (PC, C e I); Permanência Hospitalar em <4 e > 4 dias e Duração da Cirurgia em <120 e >120 minutos.

Para a Permanência Hospitalar, utilizou-se como ponto de corte a média de dias que a população de pacientes esteve internada. Para a variável Duração da Cirurgia, utilizou-se o tempo igual de 120 minutos, baseado em estudo realizado com 58.498 pacientes submetidos a cirurgias em que foi encontrado um tempo de cirurgia maior que duas horas como fator de risco para infecção cirúrgica.[12]

A variável Índice de Risco de Infecção Cirúrgica não foi analisada na totalidade da população do estudo dada as inconsistências nos registros em folha de cirurgia durante o período transoperatório. Essa variável foi responsável pelo maior número de perdas (aproximadamente 10%). Assim, 65 procedimentos foram excluídos nesta variável, sendo analisados os demais 3.423.

Para a análise descritiva dos dados, foram utilizadas as distribuições de frequência simples, as medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (desvio-padrão e quartis), a fim de caracterizar e descrever a amostra de pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

Foram calculadas as taxas de incidência de ISC, estratificadas por procedimento operatório, utilizando como numerador o número de casos de ISC entre os pacientes cirúrgicos ortopédicos, e como denominador o total de pacientes cirúrgicos ortopédicos no período. Para verificar a associação entre as variáveis independentes e a infecção de sítio cirúrgico, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Mantel-Haenszel (χ^2), com correção de Yates, teste exato de Fisher e teste de Qui-quadrado de Tendência. A força da associação do evento com as variáveis independentes foi estimada pelo Risco Relativo (RR), com um intervalo de confiança (IC) de 95% e um valor-p<0,05, evidenciando que o evento não ocorrera em razão do acaso.

Este estudo foi aprovado pela Direção da Instituição envolvida e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais/Hospital Governador Israel Pinheiro, respeitando a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Protocolo nº 384/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das variáveis

A média de idade entre os 3.543 pacientes avaliados foi de 54 anos (dp:19,8) e mediana de 57 anos. A idade mínima dos pacientes operados foi de um ano e a máxima de 102 anos. Estudos semelhantes tiveram suas populações caracterizadas como mais jovens, com uma média de idade de 34,6 e 32,9 anos.[3-4]

A média de permanência hospitalar pré-operatória foi de três dias (dp:9) e mediana, de um dia. O tempo mínimo de permanência foi de zero dia, isto é, os pacientes foram submetidos aos procedimentos cirúrgicos na mesma data da internação no hospital. O período máximo de internação pré-operatória foi de 361 dias. A hospitalização prolongada no período pré-operatório tem sido considerada um fator de risco para o desenvolvimento de ISC, pois favorece a colonização da pele com a microbiota hospitalar. Pacientes doentes e com comorbidades devem ser tratados previamente, antes da internação para o procedimento cirúrgico.[7,11]

Verificou-se que dos 3.543 pacientes, 59,3% foram submetidos a outras cirurgias do sistema esquelético (OMS) e 18,9% fizeram cirurgias de redução aberta de fratura (FX). Resultado semelhante foi encontrado em estudo multicêntrico realizado em quatro hospitais mineiros envolvendo cirurgias ortopédicas.[3] As cirurgias de próteses de quadril (PROS-Q) foram realizadas em 8,6% dos pacientes internados e as cirurgias de prótese de joelho (PROS J), em 5,0%. As cirurgias de coluna (ONS) corresponderam a 4,5% das intervenções, seguidas das cirurgias de fusão espinhal (FUS) com 2,4%. As amputações (AMP) e outras próteses (ombro e cotovelo) corresponderam a 0,7%, respectivamente.

A média da duração da cirurgia foi de 80,5 minutos (dp:41) e mediana de 70 minutos. O tempo mínimo de cirurgia foi de 10 minutos e o máximo, de 450 minutos. A duração da cirurgia está diretamente relacionada à ocorrência de ISC. Tempo cirúrgico maior do que 120 minutos é fator de risco para a ocorrência de infecção.[12] A maior duração de cirurgia implica aumento do tempo de exposição dos tecidos e fadiga da equipe, favorecendo

as falhas técnicas e a diminuição das defesas sistêmicas do organismo do paciente.[13]

O intervalo de tempo entre a data da cirurgia e a ocorrência de infecção foi, em média, 95,8 dias (dp:115,8) e mediana, de 25 dias. O tempo mínimo foi de três dias e o máximo, de 368 dias. Somente 22% das ISCs foram classificadas como incisionais superficiais, que podem ocorrer precocemente, manifestando-se ainda durante a internação do paciente.[3]

Neste estudo, 48% dos pacientes receberam alta no terceiro dia de pós-operatório e 28% das infecções foram diagnosticadas com o paciente ainda internado. Esses dados estão em concordância com estudo realizado envolvendo cirurgias de artroplastia total de quadril em que 77% das ISCs encontradas foram diagnosticadas após a alta hospitalar[14], mas diferem de outros trabalhos brasileiros que identificaram percentuais de infecção entre 63% a 77% com o paciente ainda internado.[7,15]

Entretanto, considerando que o hospital em estudo não possui controle de egresso e que as notificações ocorrem somente por meio da busca intra-hospitalar, as infecções notificadas pela vigilância após a alta foram aquelas que necessitaram reinternação hospitalar do paciente para tratamento. As infecções superficiais são tratadas ambulatorialmente e sua notificação pelos cirurgiões não é usual em nosso meio, fato sugestivo de subnotificação das taxas de infecção de sítio cirúrgico no serviço, dada a ausência de uma metodologia de vigilância epidemiológica pós-alta hospitalar dos pacientes cirúrgicos.

Os procedimentos cirúrgicos ortopédicos foram realizados em 57,7% dos pacientes do sexo feminino e 28,6% dos procedimentos ocorreram sob anestesia geral. Houve utilização de implantes em 41% dos procedimentos.

Quanto às condições clínicas do paciente no pré-operatório , 52,7% foram classificados como ASA II. Nessa classificação, o paciente é portador de uma doença sistêmica discreta, mas sem limitação de capacidade.[11] Conclui-se, portanto, que mais da metade dos pacientes eram portadores de alguma doença sistêmica, mas que não contraindicava a intervenção cirúrgica ortopédica. Estudo recente avaliando ISC em pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril também encontrou o mesmo percentual de pacientes classificados como ASA II.[7]

Observou-se que 91% das cirurgias estudadas foram classificadas como cirurgias limpas. Em outros estudos, também foram identificados percentuais elevados de cirurgias ortopédicas classificadas como limpas, com índices variando entre 82,3 a 87,1%.[3,6]

Apesar de as infecções manifestarem-se com gravidade (78% classificadas em profundas/órgãos/cavidades), a maioria dos pacientes (98,9%) recebeu alta hospitalar.

Identificou-se que a maior parte dos pacientes – 79% (n=2749) – foi categorizada no escore 0 (ausência de fator de risco à infecção) do Índice de Risco de Infecção Cirúrgica NNIS seguidos do escore 1 – 18,8% (n=655). Esse resultado é corroborado por outros estudos em que o risco de ISC cresceu proporcionalmente ao aumento dos fatores de risco do paciente.[3,6,15]

Incidência de infecção de sítio cirúrgico

No estudo, foram identificadas 63 ISCs correspondendo a 1,8% para o período. Essa taxa de infecção encontra-se abaixo dos resultados encontrados em outros estudos que avaliaram ISC em ortopedia.[4,6-7,16] Em estudo de coorte histórica semelhante, encontrou-se uma taxa inferior a 1,8%, sugerindo subnotificação de dados.[3]

Quanto à topografia das infecções, predominaram as incisionais profundas, com 46%, seguidas de osteomielites (33%). Em diversos estudos, relata-se que a infecção incisional superficial é o tipo mais comum de ISC, contrariando os resultados deste estudo.[7,11,15] Os dados reforçam a subnotificação das infecções superficiais tratadas ambulatorialmente.

É importante ressaltar que o hospital onde foi conduzido o estudo não possui sistema de ventilação com fluxo laminar na sala cirúrgica utilizada para a realização dos procedimentos ortopédicos com implante. Demonstrou-se que a introdução de um sistema de ventilação adequado na sala de cirurgia pode reduzir as infecções cirúrgicas ortopédicas com implante.[8,11]

A incidência de ISC foi de 8% em cirurgias de amputação; 3,5% nas cirurgias de fusão espinhal; 3,4% nas cirurgias com prótese (quadril, joelho, ombro, cotovelo); 1,9% nas outras cirurgias de coluna; 1,4% nas outras cirurgias do sistema esquelético; e 1,3% nas reduções abertas de fraturas (ossos longos e curtos). Ao calcular a incidência de ISC nas cirurgias de prótese de quadril, foi encontrada uma taxa de 4,8%. Outros pesquisadores encontraram taxas que variaram de 8,5% a 15,1%.[7,16] Entretanto existem relatos de índices de infecção de prótese de quadril de 2%[8].

Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico nos pacientes ortopédicos

Verificou-se que os procedimentos classificados como limpos tiveram um risco de infecção menor, quando comparados com os outros potenciais de contaminação (RR= 0,46, IC 95% = [0,24-0,88], p=0,03). Esse resultado demonstra a existência de uma associação entre o potencial de contaminação da ferida cirúrgica e a presença de infecção (TAB. 1).

Os indicadores de infecção de cirurgias limpas são frequentemente utilizados para a análise da qualidade dos procedimentos cirúrgicos das instituições, sendo consideradas taxas aceitáveis até 5%.[11] Em outros estudos também foi encontrada associação entre o potencial de contaminação da ferida cirúrgica e a ISC.[15,17] Em estudo envolvendo cirurgias ortopédicas em hospitais mineiros, relatou-se uma taxa de 1,7% para os procedimentos classificados como limpos.[3] Em estudo prospectivo de

coorte envolvendo cirurgias ortopédicas identificou-se o aumento do risco de infecção proporcional ao aumento do grau de contaminação da ferida. A incidência de ISC encontrada foi de 13,5% em pacientes com cirurgia limpa, aumentando para 70% quando a cirurgia foi classificada como infectada.[6]

Foi identificada associação entre as condições clínicas do paciente no pré-operatório, (ASA) e ISC com um RR=0,36; IC 95%=[0,19 – 0,69] e valor-p=0,00. Esse resultado demonstra que pacientes portadores de doenças sistêmicas apresentam maior incidência de ISC e mostra a relação direta entre gravidade clínica e ocorrência de infecção.[4,6,17] Pode-se inferir que pacientes saudáveis têm menos risco de evoluir para uma ISC quando comparados aos pacientes com algum tipo de patologia. Sabe-se que doenças crônicas debilitantes são fatores de risco para infecção de ferida cirúrgica, dada a baixa resistência do hospedeiro.[11,13]

TABELA 1 – Análise univariada da infecção de sítio cirúrgico com as variáveis independentes – Belo Horizonte-MG – 2005-2007

Variável	ISC				RR [IC 95%]	Valor-p
	Sim		Não			
	n=63	freq %	n=3480	freq %		
Sexo						
Feminino	29	46,0	2017	57,9	1,0 [1,0 -1,02]	p= 0,07
Masculino	34	53,9	1463	42,0		
Índice de Risco de Infecção Cirúrgico NNIS *						
Escore 0	39	70,9	2710	79,1	0,60 [0,36-1,15]	p= 0,18
Escore agrupado (1,2 e 3)	16	29,0	713	20,8		
Potencial de contaminação da ferida cirúrgica						
Limpa	52	82,5	3174	91,2	0,46 [0,24-0,88]	p= 0,03
Outros (PC, C, I)**	11	17,5	306	8,7		
Anestesia geral						
Não	33	52,3	2495	71,6	1,00 [1,01-1,03]	p= 0,00
Sim	30	47,6	985	28,3		
Condições clínicas do paciente (ASA)						
ASA I	11	17,5	1293	37,1	0,36 [0,19-0,69]	p= 0,00
ASA agrupado (II, III , IV e V)	52	82,5	2187	62,8		
Emergência						
Não	61	96,8	3467	99,6	1,13 [0,93-1,38]	p= 0,03
Sim	2	3,2	13	0,4		
Implante ortopédico						
Não	28	44	2092	60,1	1,01 [1,0-1,02]	p= 0,02
Sim	35	56	1416	40,6		
Tipo de procedimento cirúrgico						
AMP	2	3,2	23	0,6	4,61 [1,19-17,8]	p= 0,07
FUS	3	4,7	81	2,3	2,06 [0,66-6,43]	p= 0,19
FX	9	14,3	662	19,0	0,71 [0,35-1,44]	p= 0,43
OMS	29	46	2072	59,5	0,58 [0,36-0,95]	p= 0,04
ONS	3	4,7	156	4,5	1,06 [0,34-3,36]	p= 0,54
PROSQ (quadril)	14	22,2	289	8,3	3,06 [1,71-5,47]	p= 0,00
PROSO (cotovelo e ombro)	3	4,7	197	5,7	0,84 [0,26-2,64]	p= 0,52
Duração da cirurgia (min)						
< 120	50	79,4	3069	88,2	0,52 [0,29-0,95]	p= 0,05
> 120	13	20,6	411	11,8		
Permanência hospitalar pré-operatória (dias)						
< 04 dias	47	74,6	1755	50,4	0,71 [0,41-1,25]	p= 0,30
> 04 dias	16	25,4	725	20,8		

*n= 55/3423 ** potencialmente contaminada, contaminada e infectada

A variável duração da cirurgia mostrou associação estatística com a ocorrência de ISC (RR=0,52; IC 95%=[0,29-0,95] e valor-p≤0,05). Acredita-se que para cada hora transcorrida além do tempo cirúrgico habitual o risco de ISC dobra. A experiência e habilidade técnica do cirurgião são determinantes de um tempo cirúrgico menor.[13]

Dentre os tipos de procedimentos ortopédicos realizados, as cirurgias de prótese de quadril e outras cirurgias do sistema esquelético mostraram-se associadas à ISC, apresentando RR=3,06; IC 95%=[1,7-5,47]; valor-p=0,00 e RR=0,58; IC 95%=[0,36-0,95]; valor-p=0,04, respectivamente. Em estudo envolvendo as infecções ortopédicas, a variável tipo de procedimento cirúrgico não se mostrou associada estatisticamente a ISC em nenhuma das suas categorias.[3]

Dentre os pacientes que utilizaram anestesia geral, 2,9% dos procedimentos apresentaram ISC. Entretanto, neste estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre essa variável e a ISC, como mostrado pelo RR=1,02; IC 95%=[1,01-1,03] e valor-p=0,00. Em estudo envolvendo infecção em prótese de quadril, o uso de anestesia geral se comportou como fator de risco para a ISC.[7]

Dos 63 pacientes com ISC, 3,2% sofreram o procedimento em situação de emergência enquanto 96,8% foram submetidos a cirurgias eletivas. Verificou-se a não existência de associação entre esta variável e ISC apresentando RR=1,13; IC 95%=[0,93-1,38] e valor p=0,02. Esse resultado pode ser confirmado por outros autores, que não identificaram cirurgias emergenciais como fator de risco para ISC.[3,6] Entretanto, acredita-se que a incidência de infecção deva ser mais elevada após cirurgia de urgência, dada a gravidade do paciente, maior dificuldade envolvendo a técnica cirúrgica e ausência de preparo pré-operatório do paciente.

A utilização de implante ortopédico não mostrou associação estatisticamente significativa com ISC, apresentando RR=1,01; IC 95%=[1,00-1,02] e p=0,02, resultado discordante do encontrado em estudo envolvendo 8.236 cirurgias ortopédicas.[3] Considera-se, ainda, que o tipo de material utilizado para a confecção da prótese, como no caso da prótese com articulação metal-metal, pode aumentar o risco de infecção em até 20 vezes, quando comparado com a articulação metal-plástico.[5]

Em relação à permanência hospitalar pré-operatória e a ISC, verificou-se ausência de associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis por meio do RR=0,71; IC 95%=[0,41 -1,25] e valor-p=0,30. Entretanto, para alguns autores, a estada pré-operatória está frequentemente associada com o aumento de ISC.[7,11,13] Minimizar o período de hospitalização antes da cirurgia parece ser uma medida preventiva importante. Períodos prolongados de internação favorecem a colonização da pele pela microbiota hospitalar.[13]

Variáveis como sexo (p=0,07), Índice de Risco de Infecção Cirúrgico (p=0,18), idade (p=0,10) e tempo de permanência hospitalar pré-operatório (p=0,30) não apresentaram associação com ISC. Estudos têm demonstrado discordâncias quanto à associação desses fatores de risco e o desenvolvimento de ISC.[3,6-7]

Fatores de riscos independentes, como duração da cirurgia, condições clínicas pré-operatória do paciente avaliado pelo ASA>2 e potencial de contaminação da ferida cirúrgica (cirurgias contaminadas e infectadas) apresentaram-se associados às ISCs em outros estudos.[3,6,17]

Microrganismos identificados nas infecções cirúrgicas ortopédicas

Nas 63 infecções de sítio cirúrgico diagnosticadas nos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, identificou-se a presença de 79 microrganismos, sendo 52% Gram-positivos e 48% de Gram-negativos. O *Staphylococcus aureus* foi o microrganismo predominante, com o percentual de 36,7% de isolamento, seguido do *Pseudomonas aeruginosa* (13,9%) e do *Enterobacter spp* e *Staphylococcus coagulase* negativo, ambos com 10,1%. Em alguns pacientes com ISC, foram isolados mais de um microrganismo. O *S. aureus* é apontado na literatura como o patógeno comumente isolado em infecções do sítio cirúrgico, o que é confirmado neste estudo.[11,15] Nas infecções cirúrgicas ortopédicas, o *S. aureus,* o *Staphylococcus* coagulase-negativo e os bastonetes Gram-negativos são os microrganismos prevalentes.[5-7,11,18]

CONCLUSÃO

A incidência global de ISC em pacientes ortopédicos encontrada neste estudo foi inferior (1,8%) à preconizada pela literatura. Entretanto, as infecções foram diagnosticadas somente durante a internação ou reinternação hospitalar. Esse dado pode ser um indicativo de subnotificação do evento pesquisado.

As infecções mais frequentes foram de sítio cirúrgico profundo e osteomielite. A maior incidência de ISC encontrada entre os seis grupos de procedimentos cirúrgicos ortopédicos foi entre as cirurgias de amputações.

As variáveis potencial de contaminação da ferida cirúrgica, condições clínicas do paciente (ASA), duração da cirurgia e tipo de procedimento cirúrgico mostraram-se estatisticamente associadas à ISC.

O microrganismo de maior prevalência identificado nas infecções ortopédicas notificadas foi o *Staphylococcus aureus*, seguido do *Pseudomonas aeruginosa*.

REFERÊNCIAS

1. Brandt C, Hansen S, Sohr D, Daschner F, Ruden H, Gastmeier. Finding a method for optimizing risk adjustment when comparing surgical-site infection rate. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004; 25(4):313-8.

2. Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual. Pacient Safety Component Protocol. Division of Healthcare Quality Promotion National Center for Preparedness, Detection and Control of Infectious Diseases. Atlanta; 2009. p. 205.

3. Ercole FF. Avaliação da Aplicabilidade do Índice de Infecção Cirúrgica do Sistema NNIS em Pacientes submetidos a Procedimentos ortopédicos: um estudo multicêntrico em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas/UFMG; 2006. 197 p.

4. Lima ALM, Zumiotti AV, Uip DE, Silva SJ. Fatores preditivos de infecção em pacientes com fraturas expostas nos membros inferiores. Acta Ortop Bras. 2004; 12(1):23-39.

5. Yamaguti A. Infecções relacionadas a dispositivos: ortopédicos, genitourinários, mamários e oculares. In: Rodrigues EA, Mendonça JS, Amarante JMB, Grinbaun RS, Richtmann R, Alves Filho MB. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p.209-17.

6. Maksimovic J, Markovic-Denic L, Bumbasirevic M, Markovic J, Viajinac H. Surgical site infections in orthopedic patients: prospective cohort study. Croat Méd J. 2008; 49(1):58-65.

7. Ercole FF, Chianca TCM. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos à artroplastia de quadril. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(2):157-65.

8. Knobben BAS, Van Horn JR, Van der Mei HC, Busscher, HJ. Evaluation of measures to decrease intra-operative bacterial contamination in orthopaedic implant surgery. J Hosp Infect. 2006; 62(2):174-80.

9. Whitehouse JD, Friedman ND, Kikland KB, Richardson WJ, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections following orthopedic surgery at a community hospital and a university hospital: adverse quality of life, excess lengtht of stay, and extra cost. Infect Control Hosp. Epidemiol. 2002; 23(4):174-76.

10. Horan TC, Emori GT. Definitions of key terms used in the NNIS Sistem. Am J Infect Control. 1997; 25:112- 6.

11. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver CL, Jarvis WR, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999; 20(4):247-78.

12. Harley RW, Culver DH, Morgan WM, White JW, Emori TG, Hooton TM,. Identifying patients at higt risk of surgical wound infection: A simple multivariate index of patient susceptibility and wound contamination. Am J Epidemiology. 1985; 121:206-15.

13. Moreira CAX, Nogueira JM. Prevenção de Infecção de Ferida Cirúrgica e Antibiticoterpaia. In: Couto RC, Pedrosa GT, Nogueira JM. Infecção Hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 401-23.

14. Taylor S, Pearce P, Mackenzie M, Taylor GD. Wound infection in total joint arthroplasty: Effect of Extended Wound Surveillance on Wound Infection Rates. J Surgery. 1994; 37:217-20.

15. Martins MA, França E, Matos JC, Goulart EMA. Vigilância pós-alta das infecções de sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário de Belo Horizonte. Cad Saúde Pública. 2008; 24(5):1033-41.

16. Lima ALM, Barone, AA. Infecções hospitalares em 46 pacientes submetidos a artroplastia total de quadril. Acta Ortop Bras. 2001; 9(1):36-41.

17. Oliveira AC, Braz NJ, Ribeiro MM. Incidência da infecção do sítio cirúrgico em um hospital universitário. Cienc Cuid Saúde. 2007; 6(4):486-93.

18. Widmer FA. New developments in diagnosis and treatment of infection in orthopedic implants. Clinical Infectious Diseases. 2001; 33(2):94-106.

Data de submissão: 21/10/2010
Data de aprovação: 4/4/2011

ERROS E AÇÕES PRATICADAS PELA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAL ERRORS AND HOSPITAL ACTIONS CONCERNING DRUG PREPARATION AND ADMINISTRATION

ERRORES Y DE LAS ACCIONES PRACTICADAS POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Marcus Fernando da Silva Praxedes[1]
Paulo Celso Prado Telles Filho[2]

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa identificar os erros cometidos pela equipe de enfermagem, relacionados ao preparo e à administração de medicamentos, e as ações praticadas pela instituição hospitalar em que ocorreram. Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, desenvolvido em uma instituição hospitalar de Minas Gerais, da qual fizeram parte 72 profissionais. Constatou-se a ocorrência de 181 erros, sendo a não monitorização do paciente após a medicação o principal tipo, registrando-se 60 (33%) sujeitos, seguida da não avaliação prévia do paciente, com 36 (20%). As ações mais praticadas pela instituição perante o erro foram a advertência –24 (41%) – e a não tomada de atitude, com 17 (29%). Concluiu-se que os erros são quantitativamente elevados e graves e que a instituição hospitalar utiliza a advertência, a qual é vista como forma de punição aos que cometem tais erros.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação; Erros de Medicação; Sistemas de Medicação.

ABSTRACT

This study aimed to identify nursing team errors regarding drug preparation and administration, and the actions taken by the hospital where the errors occurred. This quantitative and descriptive study was developed at a hospital in the State of Minas Gerais with 72 participants. The study identified 181 errors. Lack of patient monitoring after medication was the chief error with 60 (33%) occurrences, no patient assessment happened in 36 (20%) instances. Hospital actions subsequent to a medical error were in 24 (41%) cases a warning. In 17 (29%) cases no action was taken. In conclusion, the incidence of medical errors is frequent and serious. The hospital practice of warning the professionals after a medical error can be seen as a punishment to those involved.

Key words: Nursing; Education; Medication Errors; Medication Methods.

RESUMEN

La finalidad del estudio fue identificar los errores cometidos por el equipo de enfermería relacionados a la preparación y administración de medicamentos y también las acciones practicadas por la institución hospitalaria donde ocurrieron tales hechos. Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo realizado en un hospital de Minas Gerais. Participaron 72 profesionales. Fueron observados 181 errores. La falta de monitoreo del paciente después de la medicación, con 60(33%) de los casos fue el error más serio y la no evaluación previa del paciente ocurrió en 36 (20%) de los casos. Las acciones más practicadas por la institución frente a los errores fueron la advertencia, con 24(41%), seguida de ninguna actitud tomada con 17 (29%) casos. Se concluye que los errores son cuantitativamente elevados y graves y que la institución hospitalaria utiliza la advertencia, considerada como una forma de punición, para aquéllos que cometen dichos errores.

Palabras clave: Enfermería; Educación; Errores de Medicación; Sistemas de Medicación.

[1] Acadêmico do 8° Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E-mail: marcusfera@yahoo.com.br.

[2] Graduado. Mestre e Doutor pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor adjunto III do Departamento de Enfermagem da UFVJM.
Endereço para correspondência – Rua Prof. Paulino Guimarães Júnior nº 160 Apto. 3 – Diamantina-MG. CEP: 39100-000 E-mail: ppradotelles@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), uma corporação norte-americana que busca identificar as causas dos erros de medicação e desenvolver estratégias que promovam a utilização segura dos medicamentos, formada por 25 organizações nacionais e internacionais, define erro de medicação como

> qualquer evento passível de prevenção que pode causar ou induzir ao uso inadequado do medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de cuidado de saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo prescrição; à comunicação da prescrição; ao rótulo do produto, à embalagem e nomenclatura; à composição; à dispensação; à distribuição; à educação; à monitoração e ao uso[1].

Os erros de medicação causam, pelo menos, um óbito diário e prejudicam cerca de 1,3 milhão de pessoas anualmente nos Estados Unidos.[2] Em estudo realizado, foram considerados o nível e as consequências desses eventos inaceitáveis e registrado que cada paciente internado em hospitais americanos está sujeito a um erro de medicação por dia.[3]

O sistema de medicação é composto de várias etapas e os erros podem se fazer presentes em qualquer uma delas, desde a prescrição, a distribuição, a dispensação, o preparo, a administração e o monitoramento do paciente.[4]

A equipe de enfermagem faz parte desse complexo sistema, que para a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) se divide em cinco etapas: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento.[5]

Como tal equipe atua na parte final do sistema, é fundamental que possua sólidos conhecimentos para que possíveis falhas que possam ocorrer durante o processo sejam cometidas.[6]

Ainda assim, apesar de o preparo e a administração de medicamentos serem atividades cotidianas da equipe de enfermagem, percebe-se a existência frequente de dúvidas sobre a realização correta dessas atividades.[7] Tais dúvidas podem levar o profissional a cometer erros que geram riscos graves à integridade do paciente.[8]

Pelo exposto, evidencia-se a ocorrência real de erros no preparo e na administração de medicamentos e a necessidade da orientação profissional para a realização dessa prática. Nesse sentido, a orientação da equipe de enfermagem se torna uma importante medida de prevenção de erros, por ser essa a equipe que recebe a medicação, realiza seu preparo e a administra ao paciente. O enfermeiro é responsável pelos procedimentos referentes à medicação, uma vez que ele é gerencia e orienta a equipe de enfermagem na realização dessa prática, entretanto não participa ativamente dela na maioria das vezes.

Os objetivos com este trabalho foram identificar os erros cometidos por profissionais da equipe de enfermagem, relacionados ao preparo e à administração de medicamentos, e as ações praticadas pela instituição hospitalar em que ocorreram.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo. O método quantitativo é caracterizado tanto pelo emprego da quantificação nas modalidades referentes à coleta de dados como no seu tratamento. Nos estudos descritivos, são considerados como objeto de estudo uma situação específica, um grupo ou um indivíduo,[9] buscando demonstrar com exatidão a frequência com que determinados eventos acontecem.[10]

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar beneficente de um município do interior do Estado de Minas Gerais. Dentre as especialidades de atendimento de saúde, estão a clínica médica, a neurologia e a cirurgia geral.

A amostra da pesquisa foi escolhida por conveniência e teve como critérios de inclusão a disponibilidade dos profissionais para responderem aos questionários e a participação ativa deles no preparo e na administração de medicamentos.

Assim, com o estudo objetivou-se o alcance da totalidade – 97 sujeitos – da equipe de enfermagem do local de pesquisa, pois todos atuam diretamente na administração de medicamentos. No entanto, a amostra constitui-se de 72 profissionais: 9 enfermeiros, 46 técnicos em enfermagem e 17 auxiliares de enfermagem, uma vez que 25 profissionais recusaram-se participar da pesquisa. Os enfermeiros fizeram parte desta pesquisa porque, que na instituição pesquisada, são eles que administram diretamente as medicações.

Os dados foram coletados por meio de um questionário adaptado de estudo consagrado pela literatura.[11] Esse questionário foi fornecido para os sujeitos da pesquisa após explicação e esclarecimento de dúvidas pelo pesquisador. Foram estipulados três dias para o preenchimento e devolução do instrumento de coleta de dados, que ocorreu de 24 a 27 de agosto de 2010.

O questionário contemplou os dados: sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de profissão, carga horária, turno e questões sobre quantificação dos erros cometidos, identificação dos tipos de erros na administração de medicamentos e fatores que contribuíram para a ocorrência do erro e ações praticadas pela instituição de saúde na ocorrência dos erros.

Os dados foram apresentados em forma de quadros, descritos por meio de números inteiros, porcentagens, e a discussão foi embasada em literatura nacional e internacional atualizadas.

O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o Processo nº 007/08, e o consentimento da direção da instituição hospitalar pesquisada. Os princípios éticos foram seguidos de acordo com a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde.[12]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 72 participantes, 56 (78%) eram do sexo feminino e 16 (22%), do masculino. Quanto à faixa etária, 12 (17%) estavam entre 20 e 25 anos; 10 (14%), entre 26 e 30; 15 (21%), entre 31 e 35; 21 (29%), entre 36 e 45; 8 (11%), entre 46 e 50; e 6 (8%), entre 51 e 55.

Em estudo que objetivou identificar erros cometidos por profissionais de enfermagem relacionados ao preparo e à administração de medicamentos, foram encontrados dados semelhantes a esses.[13]

Quanto à categoria profissional, 9 (12%) eram enfermeiros, 17 (24%) auxiliares de enfermagem e 46 (64%) técnicos em enfermagem. Constatou-se que 23 (32%) possuíam tempo de profissão entre 0 e 5 anos; 13 (18%), entre 6 e 10; 29 (40%), entre 11 e 20 anos; 7 (10%), entre 21 e 30. Quanto à carga horária de trabalho, 58 (80%) trabalhavam 48 horas semanais, 7 (10%) 44 horas e 7 (10%) 40 horas. A respeito do turno de trabalho, 40 (56%) pertenciam ao diurno e 32 (44%) ao noturno, estando a literatura disponível sobre o tema em concordância com os achados deste estudo.[13]

Quanto às questões referentes aos erros de medicação, quando questionados a respeito do número de erros cometidos em sua prática profissional desde quando começaram a exercer a profissão, a soma de todos os erros correspondeu a 181. Desses erros, 107 (59%) foram cometidos por técnicos em enfermagem, 58 (32%) por auxiliares de enfermagem, 16(9%) por enfermeiros. Quanto à frequência dos erros por turno de trabalho, 105 (58%) ocorreram no período diurno e 76 (42%) no noturno.

O fato de o acentuado número de erros ocorrer no turno diurno pode estar relacionado à dinâmica de trabalho das instituições de saúde, pois nesse período há maior quantidade de medicamentos a serem administrados e também é um horário de maior admissão de pacientes. Soma-se a isso o fato de o horário de visita ocorrer nesse turno, o que pode gerar um ambiente desfavorável às atividades da equipe de enfermagem.[6] A maior ocorrência de erros pelos técnicos e auxiliares de enfermagem deve-se, também, ao fato de a administração de medicamentos ser praticada, na maioria das vezes, por esses profissionais.[14]

Os dados da TAB. 1 a seguir referem-se aos tipos de erros cometidos no preparo e na administração de medicamentos.

TABELA 1 – Distribuição dos tipos de erros relacionados ao preparo e à administração de medicamentos. Diamantina-MG – 2010

Tipos de erros	Quantificação n(%)
Não monitoração do paciente após a medicação	60 (33%)
Não avaliação prévia do paciente	36 (20%)
Diluição inadequada	29 (16%)
Dose errada	20 (11%)
Via de administração errada	14 (8%)
Medicamento administrado em paciente errado	13 (7%)
Medicamento errado	9 (5%)
Total	181 (100%)

De acordo com a TAB. 1, a não monitoração do paciente após a medicação e a não avaliação prévia do paciente, correspondentes a 60 (33%) e 36 (20%), respectivamente, destacam-se como os principais tipos de erro na administração de medicamentos. A não monitoração do paciente após a medicação surge como uma importante falha, uma vez que os erros, muitas vezes, somente são identificados quando as consequências são clinicamente manifestadas pelo paciente, como a presença de sintomas ou reações adversas após algum tempo em que foi administrada a medicação.[15]

Assim como nesta pesquisa, em outro estudo, os resultados revelaram o despreparo da equipe de enfermagem quanto ao preparo e administração de medicamentos, o que pode levar a erros de cálculos, de preparo e de administração de medicamentos.[16] Esses fatos nos levam a refletir sobre a importância do conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem e a atualização constante desse conhecimento a respeito da prática de preparo e administração de medicamentos, sendo a educação em serviço um influenciador na redução da ocorrência de erros.

Quanto à educação em serviço, destaque-se que os projetos devem estar em consonância com os interesses dos envolvidos, atender aos anseios e às necessidades daqueles que vão participar, aos objetivos da instituição e, no caso da enfermagem, à finalidade do trabalho, que é a maximização da assistência de enfermagem,[17] bem como propiciar à equipe conhecimentos sólidos sobre preparo e a administração de medicamentos exigidos pelo mercado de trabalho atual.[18]

Na TAB. 2, apresenta-se a descrição dos fatores que contribuíram para a ocorrência dos erros mencionados pelos sujeitos do estudo.

TABELA 2 – Distribuição dos fatores que contribuíram para a ocorrência dos erros relacionados ao preparo e à administração dos medicamentos. Diamantina-MG – 2010

Fatores	Quantificação %
Muitos pacientes/Excesso de trabalho	22 (30%)
Poucos profissionais	16 (22%)
Falta de atenção	15 (21%)
Pouca experiência/ Conhecimento insuficiente	8 (11%)
Prescrições inadequadas	5 (6%)
Cansaço/Estresse	3 (5%)
Tumulto/Ambiente desfavorável	2 (4%)
Falta de recursos físicos	1 (1%)
Total	72 (100%)

No que se refere aos fatores que contribuíram para os erros, destaca-se o fator "muitos pacientes/excesso de trabalho" com 22 (30%) dos relatos, seguidos do fator "poucos profissionais", 16 (22%), e "Falta de atenção", com 15 (21%).

No estudo, foram identificadas as más condições de trabalho da enfermagem (falta de profissionais, sobrecarga de trabalho, "cansaço/estresse" e "falta de atenção") como contribuintes para a ocorrência dos erros na prática da medicação, resultados que confirmam estudos em que se afirma que os erros são acentuados dado o número insuficiente de profissionais para atender à alta demanda de cuidados.[16-19]

Ressalte-se, portanto, a necessidade da reestruturação do serviço profissional com o fornecimento de um ambiente seguro e favorável ao desenvolvimento das atividades da equipe.

O conhecimento insuficiente e a pouca experiência também foram identificados como fatores contribuintes, o que aponta o fator humano como atributo das causas dos erros. Isso vai ao encontro dos dados de um estudo que aponta esse fator como causa comum dos erros.[20]

Dessa forma, a orientação voltada para esta questão se torna fundamental. Além disso, deve-se ressaltar a necessidade de que cada profissional busque seu próprio crescimento e tenha consciência de que é falível. No que concerne à questão referente à "pouca experiência", estudiosos do erro humano incluem os seguintes componentes: atos inseguros, enganos, falta de atenção.[21]

Outro aspecto levantado no estudo foi quanto às ações praticadas pela instituição diante dos erros na prática da administração de medicamentos. Somente 58 (80%) sujeitos responderam a essa pergunta e, desses, 24 (41%) relataram que a advertência é a principal ação praticada. A ausência de atitudes educativas da instituição perante os erros foi mencionada por 17 (29%) sujeitos da amostra.

A orientação foi registrada com 11 (19%) sujeitos e a advertência seguida de orientação com 6 (11%). As advertências são vistas pelos indivíduos como uma forma de punição, e essa atitude acarreta medo, demissão, sentimento de culpa e preocupações relacionadas à gravidade do erro, o que pode levar os indivíduos envolvidos a não relatar seus erros e propiciar consequências devastadoras não somente para os pacientes, como também para os profissionais envolvidos.[22-23]

A ausência de atitudes educativas da instituição diante do erro cometido pelo profissional também foi encontrada em outro estudo, que demonstrou a falta de estrutura de algumas instituições para lidar com tal ocorrência. Confirmou-se, também, a resistência dessas instituições em admitir a existência do erro, o que faz com que não haja definição nem execução de estratégias para evitá-lo,[24] bem como uma avaliação reflexiva e criteriosa sobre sua magnitude.[19]

Em vista disso, o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) acredita que os profissionais da saúde e as organizações precisam ser incentivados a apresentar um relatório, buscando avaliar e prevenir os erros, bem como a partilhar experiências com seus pares, criando-se, também, uma cultura não punitiva, que forneça a confiabilidade adequada, proteção legal e propicie a aprendizagem sobre erros e suas soluções aos profissionais.[25]

Destaque-se a importância da orientação em detrimento da advertência, visto que a orientação fornecerá capacitação e confiança para a realização do preparo e administração de medicamentos. Assim, a orientação contínua, bem como a capacitação da equipe de enfermagem, mostra-se uma atitude de extrema importância, principalmente quando busca guiar os profissionais para o desenvolvimento não somente em relação ao aprendizado de habilidades e destrezas, mas, sobretudo, de um aprendizado que gere novas atitudes, soluções, ideias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos.[26]

Essa orientação deve ser voltada para a diminuição/eliminação das dúvidas existentes anteriormente ao preparo e à administração de medicamentos. Deve ser fornecida pelo enfermeiro, que necessita, também, realizar a supervisão como forma de minimizar os erros. Para que isso aconteça, é fundamental que ele possua amplo conhecimento na temática "administração de medicamentos", buscando, assim, a confiança da sua equipe para desenvolver uma prática humanizada e fundamentada cientificamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os erros de medicação fazem parte de um aspecto da realidade do cotidiano do processo de trabalho da

equipe de enfermagem. Os dados apresentados trazem à tona a discussão da necessidade de competência profissional para a realização do preparo e administração de medicamentos, bem como das condições de trabalho da equipe que executa tal processo na instituição de saúde em foco, bem como sua influência na qualidade do cuidado prestado ao individuo hospitalizado.

A identificação dos erros é sempre importante e esclarecedora, pois sustenta as decisões necessárias para evitá-los. A presença de uma cultura punitiva perante o profissional que comete o erro, além de levar a subnotificá-lo, reflete que essa responsabilidade não é compartilhada entre equipe e instituição, que deveria oferecer condições de trabalho para sua equipe.

Com isso fica evidente a necessidade de atitudes pessoais e institucionais que busquem despertar a consciência de que o profissional é responsável por transformar sua realidade e de se tornar ponto-chave na minimização dos erros, garantindo a confiança da equipe e o respeito dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. National Coordinating Council For Medication Error Reporting And Prevention [homepage na Internet]. United States: National Coordinating Council; c1998-2010 [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

2. United States Food and Drug Administration [homepage na Internet]. United States: Food and Drug Administration [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <www.fda.gov/consumer/updates/medicationerrors031408.html acessado em 11/4/2010>.

3. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: National Academies Press; 2007.

4. Bohomol E, Ramos LH. Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(6): 63-8.

5. Nadzan DM. A System Approach to Medication Use. In: Cousins DM. Medication Use: Asystem Approach to Reducing Errors. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 1988. p. 15-28.

6. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miasso AI. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enferm. 2007. [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf>.

7. Silva DO, Grou CR, Miasso AI, Cassiani SHB. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(5): 137-45.

8. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM, Katz JT, Czeisler CA, Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med 2005; 33(8):1694-700.

9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

10. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.

11. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Rev Latinoam Enferm. 1999; 7(5):67-75.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

13. Praxedes MFS, Telles Filho PCP. Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. Cogitare Enferm. 2008; 13(4):514-9.

14. Grou CR, Cassiani SHB, Telles Filho PCP, Opitz SP. Conhecimento de enfermeiras e técnicos de enfermagem em relação ao preparo e administração de medicamentos. Einstein. 2004; 2(3):182-6.

15. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(4):523-9.

16. Monzani AAS. A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

17. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. 2007 Set; 41(3):478-84.

18. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Implementação e avaliação do módulo à distância "Administração de Medicamentos". Cogitare Enferm. 2007; 12(2):222-8.

19. Oliveira RC, Miasso AI, Cassiani SHB. Setor de emergência: situações de erros na medicação. In: Telles Filho PCP, Stuchi RAG. A enfermagem no novo milênio: uma abordagem multidisciplinar. Belo Horizonte: Difusora; 2008. p.96-106.

20. Dibbi HM, Al-Abrashy HF, Hussain WA, Fatani MI, Karima TM. Causes and outcome of medication errors in hospitalized patients. Saudi Med J. 2006 Oct; 27(10):1489-92.

21. Reason J. Human errors: models and management. Br Méd J. 2000 Mar; 320(7237):768-70.

22. Schelbred AB, Nord R. Nurse's experiences of drug administration errors. J Advanc Nursing. 2007 Nov; 60(3):317–24.

23. Hoefel HHK, Magalhães AMM, Falk MLR. Análise das advertências geradas pelas chefias de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009 Set; 30(3):383-9.

24. Opitz SP. Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

25. National Coordinating Council for Medication Error Reporting And Prevention [homepage na Internet]. United States: National Coordinating Council; c1998-2010 [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <www.nccmerp.org/press/press2003-11-25.html>.

26. Divino EA, Pereira QLC, Siqueira HCH. A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. REME - Rev Min Enferm. 2009; 13(3): 365-71.

Data de Submissão: 17/9/2010
Data de Aprovação: 16/6/2011

FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA*

FIREARM INJURY: A PUBLIC HEALTH PROBLEM

HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Robson Cristiano Zandomenighi[1]
Eleine Aparecida Penha Martins[2]
Douglas Lima Mouro[3]

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa traçar o perfil epidemiológico das vítimas de ferimento por projétil de arma de fogo (FPAF) atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário em 2007, bem como caracterizar o atendimento no ambiente pré- e intra-hospitalar. Utilizou-se a abordagem quantitativa e de natureza transversal. A amostra constituiu-se de 98 pacientes. A maioria das vítimas tinha ferimento único por projétil de arma de fogo, eram jovens, do sexo masculino, solteiros, provenientes de Londrina. A principal causa foi o assalto. O SIATE foi o transporte mais utilizado e o principal responsável pelo atendimento pré-hospitalat (APH). Os procedimentos mais realizados no APH e no atendimento intra-hospitalar, respectivamente, foram o curativo, a imobilização e a reposição volêmica. Ocorreram internações prolongadas, necessidade de UTI e cirurgias, além de óbitos e incapacidades. Portanto, as armas de fogo têm grande importância epidemiológica, havendo a necessidade de intervenções que vão além da esfera da saúde.

Palavras-chave: Causas Externas; Ferimentos Penetrantes; Ferimentos por Arma de Fogo; Perfil de Saúde; Violência.

ABSTRACT

This research's objective was to outline the epidemiological profile of firearm injury victims attended in the emergency unit of a university hospital in 2007. It aimed as well to characterize pre and intra hospital care. It is a cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 98 patients. The majority of victims presented a single firearm injury, were young, male, single, from the city of Londrina, Paraná. The injury main cause was robbery. The ambulances of the Trauma and Emergency Care Integrated System (in Portuguese, SIATE) were the most employed means of transportation and the main provider of pre-hospital care. The most common pre and intra-hospital care procedures were dressing, immobilization and fluid replacement, respectively. Prolonged hospitalization, need for intensive care and surgery as well as injury related disabilities and deaths occurred. The epidemiology of firearms injuries must be better understood although its control depends on interventions that are outside the healthcare scope.

Key words: External Causes; Penetrating Wounds; Gunshot Wounds; Health Profile; Violence.

RESUMEN

Con este estudio se buscó trazar el perfil epidemiológico de las víctimas de proyectil de arma de fuego (HPAF) atendidas en la guardia de un hospital escuela durante 2007 y, asimismo, determinar la atención previa e intra hospitalaria. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo. La muestra consistió en 89 pacientes. La mayoría de las víctimas tenían una sola herida por proyectil de arma de fuego, eran jóvenes, varones, solteros, de la ciudad de Londrina. La causa principal era asalto. Las ambulancias de Traumas y Emergencias del Sistema Integrado de Salud fueron los vehículos más utilizados y los más responsables de la atención pre- hospitalaria (APH). Los procedimientos más realizados en la APH y en la atención intrahospitalaria, respectivamente, fueron curativo, inmovilización y reposición volémica. Hubo internaciones prolongadas, necesidad de UTI y cirugías, además de óbitos e incapacidad. Las armas de fuego tienen gran importancia epidemiológica y por ello es necesario que su control implique otras esferas más allá del alcance del área de salud.

Palabras clave: Causas Externas; Heridas Penetrantes; Heridas por Arma de Fuego; Perfil de Salud; Violencia.

* Artigo original extraído do Trabalho de Conclusão de Curso *Caracterização do atendimento e das vítimas com ferimento por arma branca e por projétil de arma de fogo atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário no ano de 2007*, realizado para obtenção do título de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

[1] Enfermeiro. Residente de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. E-mail: rczandomenighi@yahoo.com.br Endereço: Rua Goiás, n. 27, Centro, Sertanopolis-PR. CEP: 86170-000. Tel: (43) 3232-2093 – Cel: (43) 9146-0335.

[2] Enfermeira. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: eleinemartins@sercomtel.com.br.

[3] Enfermeiro. Especialista em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual de Londrina. Residente de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. E-mail: doug_mouro@hotmail.com.
Endereço para correspondência – Rua Goias, n. 27, Centro – Sertanópolis-PR. CEP: 86170-000.

INTRODUÇÃO

O Brasil alcançou, nas últimas décadas, significativo progresso na situação de saúde. A queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas determinaram reflexos positivos no aumento da expectativa de vida, que hoje é de 72,3 anos.[1] No entanto, as causas externas vêm-se apresentando entre os principais problemas de saúde pública em nosso país, seja por sua magnitude, seja pelos custos que representam para a sociedade, seja pelos impactos sociais e psicológicos na vida dos indivíduos e das famílias.[2]

Atualmente, as causas externas correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e câncer. Constituem, ademais, a primeira causa de óbito na faixa etária de 1 a 44 anos, em ambos os sexos,[2] e a primeira causa na faixa etária de 5-49 anos entre homens.[3] Entende-se por causas externas as ocorrências e circunstâncias ambientais como causa de lesões [4] ou, ainda, acidentes e violência.[3]

Nesse cenário, as armas de fogo se destacam como geradoras de grande morbimortalidade.[5] A taxa brasileira de mortes por armas de fogo é de 19,3 óbitos em 100 mil habitantes, ocupando lugar de destaque no contexto internacional.[6]

As mortes por armas de fogo apresentam expressivo envolvimento de adolescentes e jovens como autores e vítimas, principalmente do sexo masculino, e que habitam as periferias dos grandes centros urbanos. Entre 1991-2000 o maior incremento no coeficiente de mortalidade por armas de fogo foi na faixa etária de 15-19 (66,1%).[5]

A distribuição espacial das mortes por armas de fogo no Brasil ocorre de forma heterogênea, visto que 77,1 % aconteceram em 3,6% dos municípios em 2006, sendo o Rio de Janeiro, São Paulo e Recife as cidades com o maior número de homicídios. Em relação às taxas por 100 mil habitantes, Guairá-PR e Foz do Iguaçu-PR apresentam as maiores.[6]

Em estudo realizado por Waiselfisz,[6] mostrou-se que o número de homicídios sofreu um crescimento assustadoramente regular de 1979 a 2003. Já em 2004, essa tendência histórica se reverteu de forma significativa. O número de homicídios caiu 5,2% em 2004 em relação a 2003. Dentre as mortes por armas de fogo, entre 2003 e 2004, a queda foi de 5,5%, no ano seguinte foi de 2,8% e em 2006, de 1,8%. Esse fato, em geral, pode ser diretamente atribuído às políticas de desarmamento, que retiraram de circulação um número significativo de armas de fogo e regulamentaram legalmente sua compra, porte e utilização.[6]

Contudo, os dados indicam que as estratégias de desarmamento implementadas em 2003 conseguiram reverter um processo que vinha se agravando drasticamente, mas não foram suficientes para originar quedas sustentáveis e progressivas ao longo do tempo, como a situação demandava.[6]

O Estatuto do Desarmamento, promulgado em 22 de dezembro de 2003 por meio da Lei nº 10.826, que dispõe sobre o registro, a posse e a comercialização de armas de fogo no Brasil, a Campanha Nacional pelo Desarmamento, iniciada em julho de 2004, o Referendo do Desarmamento, ocorrido em 23 de outubro de 2005, e a atual discussão à luz das propostas de reformulação e abrandamento do Estatuto do Desarmamento no Legislativo são momentos de destaque, no contexto nacional, que demonstram os esforços para combater o problema.[6]

Apesar de ser uma questão polêmica e ainda não consensual, muitos pesquisadores concordam que a disponibilidade de armas de fogo aumenta a chance de morte e que o controle da posse e do porte de armas de fogo é uma medida importante para a redução dos índices de violência.[7,8] Estudos mostram que áreas com maior número de armas apresentam maiores taxas de homicídio por armas de fogo[9,10] e a presença destas em casa também aumenta o risco de homicídios por arma de fogo.[11] Além disso, o porte de armas de fogo por parte da vítima durante o assalto está associado com o maior risco de morrer.[12]

Nesse sentido, as armas de fogo constituem tanto uma tentativa de proteção contra a violência quanto um elemento de reprodução da violência a que visam evitar.

As internações por lesões devidas a armas de fogo são muito expressivas, ocorrendo um crescimento de 95% do início para o final da década de 1990.[13] Foram responsáveis pela causa de internação com maior taxa de mortalidade hospitalar 9,7 por 100 internações e o maior custo, R$ 892,38 por internação.[14] Esse custo é 34,4% mais elevado que todas as outras formas de agressão, tal é o grau de letalidade e gravidade dos danos provocados por armas de fogo.[12]

O setor Saúde tem grande responsabilidade na redução da carga dos agravos dessa natureza. Desse modo, foi promulgada, em 2001, a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Para sua implementação, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde estruturou, em 2004, a Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências. Por sua vez, foi aprovada, em 2005, a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências.

Há muito para se investigar sobre esse mecanismo de trauma. Pouco se sabe, por exemplo, sobre o número e o tipo de armas de fogo em circulação, o seu uso em atividades criminais e a morbimortalidade por projétil de armas de fogo no Brasil.[5]

Dada a escassez de informações na cidade de Londrina sobre o atendimento a esses pacientes e a importância em abordar e conhecer mais o assunto, o objetivo com este estudo é contribuir com a literatura e com os serviços de saúde, servindo de base para a análise do serviço oferecido, das vítimas e da ocorrência, bem como para a construção de um perfil epidemiológico regional das ocorrências com arma de fogo e proporcionar uma

reflexão sobre a notoriedade das armas de fogo nesse contexto.

Dados hospitalares combinados com a metodologia para estimação da intensidade de ocorrência provaram-se úteis para estudar a violência urbana.[15] A partir do momento que se conhece o perfil da população atingida, os motivos da ocorrência e a gravidade das lesões, torna-se possível analisar os fatores desencadeantes e o impacto na sociedade, norteando as ações de combate a esses agravos.

Portanto, a proposta com este trabalho é caracterizar o atendimento e os pacientes com ferimento por projétil de arma de fogo atendidos no Pronto-Socorro do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), em 2007.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de análise descritiva de dados. Foram revisados prontuários de pacientes atendidos no Pronto-Socorro do HURNP com ferimento por projétil de arma de fogo (FPAF) durante o ano de 2007. Para isso, foi solicitado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HURNP um levantamento das vítimas com os critérios acima, o qual utilizou os CIDs X95, Y24, X72, X73, Y22, X93 e X74.

Para obter os dados, foram utilizados as anotações de enfermagem, a ficha de atendimento, o resumo de alta e o relatório de atendimento do socorrista (RAS), quando houve atendimento pré-hospitalar.

Seguindo todos os procedimentos legais, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer nº 067/08. A coleta dos dados foi realizada no período de julho a setembro de 2008, utilizando um instrumento com variáveis relativas à vítima, à ocorrência e ao atendimento. Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Excel.

O local de estudo foi um hospital universitário, de atenção terciária, sendo referência para diversas especialidades na região norte do Paraná e até interestadual, inclusive para traumas. Atualmente, conta com 272 leitos.

RESULTADOS

Foram levantados 175 registros pelo serviço de estatística. As perdas contabilizaram 77 atendimentos pelo fato de as ocorrências terem sido em outros anos ou, ainda, porque os diagnósticos eram diferentes com relação à proposta deste estudo, restando 98 registros com os critérios estabelecidos pela pesquisa.

Segue, na TAB. 1, a distribuição das vitimas segundo o sexo e a faixa etária.

Evidencia-se que houve a prevalência do sexo masculino e a faixa etária entre 15 e 24 anos foi a mais acometida, representando 47% dos atendimentos. As vítimas idosas representaram apenas 2% dos atendimentos (TAB. 1).

TABELA 1 – Distribuição das vítimas com ferimento por projétil de arma de fogo por sexo e faixa etária. Londrina-PR – 2007

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%
0 – 09 anos	-	-	-	-	-	-
10 – 14 anos	01	01,0	-	-	01	01,0
15 – 19 anos	22	22,4	01	01,0	23	23,5
20 – 24 anos	19	19,4	04	04,1	23	23,5
25 – 29 anos	17	17,3	02	02,0	19	19,4
30 – 34 anos	08	08,2	01	01,0	09	09,2
35 – 39 anos	08	08,2	-	-	08	08,2
40 – 44 anos	06	06,1	-	-	06	06,1
45 – 49 anos	04	04,1	-	-	04	04,1
50 – 54 anos	02	02,0	-	-	02	02,0
55 – 59 anos	-	-	-	-	-	-
60 anos e >	02	02,0	-	-	02	02,0
Ignorado	01	01,0	-	-	01	01,0
Total	**90**	**91,7**	**08**	**08,2**	**98**	**100**

Em relação ao estado civil, em 23,5% (23) dos registros não havia esse dado, sendo 53,1% (52) das vítimas solteiras e 23,5% (23) casadas ou tinham união estável.

Na TAB. 2, apresenta-se a causa da ocorrência.

TABELA 2 – Distribuição das ocorrências com ferimento por projétil de arma de fogo segundo a causa. Londrina-PR – 2007

Causa	Nº	%
Assalto	12	12,2
Tentativa de homicídio	05	05,1
Confronto policial	01	01,0
Bala perdida	02	02,0
Acidente	01	01,0
Não consta	77	78,6
Total	**98**	**100**

Em meio às causas, o assalto foi o motivo mais incidente, seguido pela tentativa de homicídio, de acordo com os dados encontrados, visto que faltou essa informação nos expressivos 78,6% dos prontuários (TAB. 2).

No que tange ao local da ocorrência, a maioria foi em Londrina, representando 72,5% (71). Os casos advindos de cidades vizinhas tiveram grande representatividade, com 27,5% (27) das ocorrências.

Na TAB. 3, apresenta-se o meio de transporte utilizado até o hospital.

TABELA 3 – Transporte utilizado pelas vítimas de ferimento por projétil de arma de fogo até o URNP. Londrina-PR – 2007

Transporte	Nº	%
SIATE	48	49,0
SAMU	07	07,1
Municipal (outra cidade)	20	20,4
Procura direta	05	05,1
Outros	05	05,1
Não consta	13	13,2
Total	**98**	**100**

Como se demonstrou na TAB. 3, o Serviço de Atendimento Integrado ao Trauma e Emergências (SIATE) foi o principal responsável pelos transportes das vítimas, seguido pelos transportes das cidades vizinhas.

De acordo com as anotações dos prontuários, constatou-se que 07,1% (7) das vítimas estava alcoolizada. Apenas 1 paciente (01,0%) estava sob efeito de droga ilícita. Dentre as vítimas descritas como sóbrias ou conscientes, encontram-se 46,0% (45), faltando esse dado em 46,0% (45) dos pacientes atendidos.

O horário da ocorrência também foi uma variável com grande ausência nos registros – em 52% (51) não havia essa informação. Constou que a maioria ocorreu no período da noite/madrugada, representando 34,7% (34) dos casos, seguidos pela tarde com 8,2% (8) e pela manhã com 5,1% (5) das ocorrências.

O fim de semana concentrou a maior parte das ocorrências, sendo o domingo o dia mais incidente com 27,5% (27), seguido pelo sábado e pela sexta-feira, 14,3% (14) e 12,2% (12), respectivamente. Os demais dias da semana foram responsáveis por 45,9% (45) das ocorrências.

Das 98 vítimas descritas nesta pesquisa, apenas 44,9% (44) tinham registros de procedimentos realizados no atendimento pré-hospitalar (APH) e, considerando o atendimento intra-hospitalar (AIH), 76,5% (75) das vítimas foram submetidas a procedimentos, ou seja, dentre os que não tiveram procedimentos no APH quando chegaram ao hospital, 31 foram atendidas.

Na TAB. 4, constam os procedimentos realizados no atendimento pré-hospitalar (APH) e no atendimento intra-hospitalar (AIH) nas vítimas de ferimento por projétil de arma de fogo (FPAF).

TABELA 4 – Procedimentos realizados no atendimento pré-hospitalar (APH) e no atendimento intra-hospitalar (AIH) nas vítimas de ferimento por projétil de arma de fogo. Londrina-PR – 2007

Procedimento	APH		AIH	
	Nº	%	Nº	%
Imobilização cervical	17	17,3	02	02,0
Imobilização com tábua	23	23,5	-	-
Intubação	03	03,1	06	06,1
RCP	-	-	02	02,0
Reposição Volêmica	15	15,3	41	41,8
SNG	01	01,0	10	10,2
SOG	01	01,0	06	06,1
SVD	-	-	30	30,6
Sutura	-	-	06	06,1
Outros	-	-	10	10,2
Total de procedimentos	**103**	**61,2**	**178**	**115,1**

A frequência dos procedimentos, demonstrada na TAB. 4, foi calculada sobre o número total de vítimas, portanto, como algumas vítimas receberam mais de um procedimento, o percentual total pode exceder os 100%.

O curativo e a imobilização com tábua foram os procedimentos mais frequentes no APH, seguidos pela imobilização cervical. No âmbito intra-hospitalar os procedimentos mais realizados foram a reposição volêmica, oxigenoterapia, SVD e curativo. Foram considerados outros procedimentos a realização de tala gessada, lavado peritoneal, flebotomia e retirada do projétil (TAB. 4).

O número de projétil de arma de fogo (PAF) foi um dado significativo encontrado neste estudo. Evidenciou-se que grande parte das vítimas foi ferida por um PAF em 54,1% (53) dos casos, seguidas por dois projéteis, em que 24,5% (24) das vítimas foram acometidas, e 7,1% (7) foram atingidas por três PAF. Foram consideradas com lesões múltiplas as vítimas com quatro ou mais projéteis, as quais representaram 11,2% (11) dos casos. Em 3,1% (3) dos prontuários não constava essa informação. A média de projéteis de arma de fogo por vítima foi de 1,9.

Na TAB. 5, estão relacionados dados importantes, como as regiões do corpo acometidas por FPAF. Vale ressaltar que o percentual total excede o 100%, pois muitas vítimas tiveram mais de uma lesão em diferentes regiões do corpo.

TABELA 5 – Distribuição das vítimas com ferimento por projétil de arma de fogo segundo a região do corpo atingida. Londrina-PR – 2007

Região do corpo	Nº	%
Cabeça	10	10,2
Face	11	11,2
Pescoço	10	10,2
Tórax anterior	22	22,4
Tórax posterior	06	06,1
Lombar	06	06,1
Membros superiores	22	22,4
Abdome	17	17,3
Pelve	07	07,1
Membros inferiores	41	41,8
Total	**152**	**154,8**

Todas as regiões corporais foram atingidas, sendo os membros inferiores (MMII) mais acometidos, seguidos pelos membros superiores (MMSS) e tórax anterior em segundo lugar e abdome, em terceiro (TAB. 5).

Os dias de internação das vítimas de FPAF constam na TAB. 6. O atendimento, também descrito na mesma tabela, compreende o atendimento prestado sem necessidade de internação, com duração máxima de 24 horas, ou seja, não se gera uma autorização de internação hospitalar (AIH).

TABELA 6 – Dias de internação das vítimas de ferimento por projétil de arma de fogo atendidas no HURNP. Londrina-PR – 2007

Dias de internação	Nº	%
Atendimento**	38	38,8
01 – 05 dias	34	34,7
06 – 10 dias	11	11,2
11 – 15 dias	05	05,1
Mais de 15 dias	10	10,2
Total	**98**	**100**

Nota-se que entre as 98 vítimas de FPAF, a maior parte não necessitou de internação, apenas de atendimento. E, em meio das que necessitaram, a maioria teve a curta internação de até cinco dias. No entanto, houve um considerável número de internações prolongadas, quando 15,3% das vítimas permaneceram no hospital por mais de dez dias (TAB. 6). Foram encaminhadas à UTI 13,3% (13) do total das vítimas. A média de dias de internação foi de 8,6 dias, totalizando 534 dias de internação. Há de se considerar que houve a evasão de três pacientes.

Em relação à necessidade de procedimento cirúrgico, 45,9% (45) das vítimas necessitaram dessa intervenção.

As incapacidades decorrentes dos FPAFs foram evidenciadas neste estudo. Dentre as vítimas, 4,1% (4) sofreram incapacidades definitivas, sendo uma amputação transfemural, uma perda da visão unilateral e duas não descritas.

Neste estudo, 8,2% (8) das vítimas foi a óbito, havendo um óbito extra-hospitalar, sendo a vítima trazida ao hospital para localização de projéteis.

DISCUSSÃO

O elevado número de perdas descrito neste estudo evidencia a deficiência no preenchimento do impresso de atendimento e resumo de alta, pois os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) não correspondiam aos verdadeiros diagnósticos do atendimento, o que prejudica a qualidade das informações geradas pelo setor de estatística.

O predomínio da população masculina nesses tipos de ocorrência era esperado, visto que, em vários estudos semelhantes, houve maior envolvimento desse sexo.[5, 16-21] No Brasil, em 2000, os homens tinham um risco 14 vezes maior do que o das mulheres de morrer por PAF,[5] porém houve significativo aumento na utilização de armas de fogo no sexo feminino.[5, 14, 16]

O envolvimento de jovens, evidenciado neste estudo, vem ao encontro da literatura. Num hospital de Florianópolis, 72% das vítimas de FPAF encontravam-se entre 15 e 29 anos.[21] Em outro estudo,[22] constatou-se que 80% das vítimas de disparo de arma de fogo tinham entre 10 e 39 anos, sendo que, neste estudo, 81,4% das vítimas também estavam nesta mesma faixa etária. No HU de Maringá-PR, a segunda década de vida (10-19 anos) foi a mais frequente, com 30,3% dos atendimentos por FPAF, seguida pela terceira década, com 27,3%.[20]

O maior coeficiente de mortalidade por armas de fogo está entre 20-29 anos (47,6), porém o maior incremento foi na faixa 15-19 (66,1%).[5, 14]

Pelo exposto, torna-se clara a vitimização juvenil, pois, embora os jovens representem 20% da população total, estes estão envolvidos em mais da metade dos homicídios como vítimas em um expressivo número de municípios populosos. Trata-se, pois, de área com sérios problemas de exclusão juvenil. Dentre os municípios com mais de 70 mil habitantes, Londrina é a oitava com maior taxa de vitimização juvenil no Brasil.[6]

Neste estudo, evidenciou-se pouquíssimo envolvimento de idosos nos atendimentos, apenas 02,2%. Soares Filho *et al*.[18] analisaram que a taxa de mortalidade por

homicídios também aumentou significativamente na faixa etária de 60 anos ou mais, a partir de 1999, atingindo valores acima de 20 por 100 mil em 2003. Isso pode estar relacionado com o aumento da expectativa de vida da população, expondo-a aos riscos por mais tempo, somado aos maiores índices de violência evidenciados atualmente.

A predominância de solteiros apresentada neste estudo pode estar relacionada à idade deles, pois a maioria das vítimas é jovem, o que as leva a se aventurarem e se arriscarem mais, tornando-se uma população mais vulnerável às causas externas. No estudo realizado por Mello Junior,[21] 72,9% das vítimas de FPAF eram solteiras.

A grande incidência de vítimas advindas de outras cidades talvez se deva ao fato de o HURNP ser a referência em atendimento ao trauma de pacientes do SUS na região, considerando que as vítimas londrinenses têm outras opções de serviços de saúde, como o Hospital Zona Norte, Hospital Zona Sul de atenção secundária, e a Santa Casa e o Hospital Evangélico de nível terciário, que também atendem a essa demanda.

Ressalve-se que as cidades vizinhas citadas neste estudo referem-se a municípios com menos de 60 mil habitantes. Esses números apontam que a violência não é mais um problema restrito apenas à cidade grande, tendo grande significância em cidades pequenas. Estudos apontam a disseminação da violência para os municípios do interior.[6, 22,23]

Em vários estudos, demonstra-se que o álcool tem papel notório como precursor da violência.[17, 24-25] Santos[17] evidenciou alta incidência de usuários de drogas ilícitas e álcool entre as vítimas com ferimento por arma branca (FAB) e FPAF. Em seu estudo, no momento da ocorrência, 50% das vítimas faziam uso de álcool e 17,5% de drogas, demonstrando forte relação entre violência, álcool e drogas. Entretanto, nesta pesquisa não foi possível fazer uma análise sobre essa variável, dada a falta dessa informação na fonte consultada.

Dentre os dados encontrados, constou que a maioria ocorreu no período da noite/madrugada, representando 34,7% dos casos de FPAF, lembrando que faltou esse dado em 52% dos prontuários. Em outro estudo[21] demonstrou-se que 67,9% das ocorrências com FPAF foram nesse mesmo período.

O fim de semana concentrou a maior parte das ocorrências, sendo o domingo o dia mais incidente. Há de se observar que, como boa parte das ocorrências ocorreu de madrugada e que a meia-noite é o limite do dia, então o fato de o domingo albergar o maior número de casos deve-se às ocorrências da noite de sábado para domingo.

Outros autores afirmam que o fim de semana é o mais incidente nesses eventos.[17,26] Dentre as causas externas, também houve estudos em que foram obtidas ocorrências mais incidentes no fim de semana[2, 19] e no período noturno.[19] Esses achados podem ser explicados pelo fato de que, na noite e no final de semana, há maior consumo de álcool como opção de lazer e aglomeração de pessoas, demonstrando mais uma vez a relação entre álcool/lazer/violência.

Entre os motivos desse mecanismo de lesão, o assalto foi apontado como o principal responsável, apesar da carência de informações dos prontuários dessa variável. Oliveira[22] demonstrou que o principal motivo dos disparos de arma de fogo foi discussão seguida por vingança ou acerto de contas, e nos estudos de Santos[17] o principal motivo de agressão por arma branca e por arma de fogo foi discussão banal, em 53% dos casos, seguida por assalto, com 23,5% das ocorrências.

Nas variáveis relacionadas à ocorrência, ressalte-se o grande número de prontuários sem informações indicando que, para obter esses dados, seria necessário explorar outras fontes, assim como fizeram outros autores em trabalhos semelhantes, utilizando o boletim de ocorrência, a declaração de óbito[19, 24] e a entrevista.[17, 25]

O SIATE é a referência em atendimento pré-hospitalar para traumas em Londrina e região, e era esperado que fosse o maior responsável pelos transportes dessas vítimas. No entanto, o HURNP atende às demandas de outras cidades, até mesmo mediante transferências de pacientes, o que explica o considerável número de vítimas advindas das cidades vizinhas.

Na cidade de Londrina, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atende às intercorrências clínicas, porém, quando as ambulâncias do SIATE estão ocupadas, o SAMU responde pelos traumas, por isso foi responsável por 7,1% dos transportes.

O sistema de atendimento pré-hospitalar é de grande valia em um sistema integrado de assistência, visto que a maioria dos óbitos decorrentes de causas externas ocorre no local do acidente e na primeira hora após o trauma. Quanto mais pronto e efetivo forem os atendimentos iniciais, menores serão os índices finais de morbimortalidade.[27]

Das 98 vítimas, sabe-se que 55 (56,1%) vieram ao HURNP via SAMU ou SIATE, no entanto, há apenas registro de procedimentos realizados no ambiente pré-hospitalar em 44,9% (44) dos prontuários, sendo que em 11,2% (11) prontuários não havia o relatório de atendimento do socorrista (RAS), o qual constitui a fonte de informação do atendimento pré-hospitalar. Foram considerados procedimentos realizados aqueles que estavam devidamente registrados, seja no relatório de atendimento do socorrista, seja na ficha de atendimento do hospital, seja na anotação de enfermagem.

No ambiente pré-hospitalar, o procedimento que prevaleceu foi o curativo, sendo este justificado pelo mecanismo da lesão, sempre havendo solução de continuidade, exigindo uma oclusão como prevenção de infecção. O curativo valvulado no tórax também está contemplado, sendo esse procedimento o primeiro tratamento para pneumotórax aberto, visto que o tórax foi uma região muito acometida. A imobilização com tábua rígida como segundo procedimento mais

realizado vem ao encontro do protocolo de atendimento ao trauma utilizado pelos serviços. Curiosamente, a imobilização cervical não representa o mesmo número, tendo como hipóteses a ausência do registro ou, realmente, não foram realizados conjuntamente, dado o mecanismo da lesão.

No âmbito intra-hospitalar, havia o registro de 76,5% (75) de pacientes que sofreram alguma intervenção. O procedimento mais realizado foi a reposição volêmica, como mostra a TAB. 3. Em estudo realizado por Fagundes,[20] evidenciou-se que a complicação mais incidente nas vítimas de FAB e FPAF foi a hipovolemia, demonstrando-se dessa maneira, a atenção especial que se deve ao sistema circulatório no tratamento ao trauma.

Em seguida, a oxigenoterapia e a SVD aparecem como os procedimentos mais frequentes. Os dois procedimentos estão inseridos no protocolo de atendimento ao trauma, sendo o primeiro utilizado, principalmente, nos que tiveram lesões no tórax, que representou grande parte das regiões alvejadas pelos projéteis de arma de fogo, e o segundo foi utilizado tanto em preparos cirúrgicos como para controle do volume de diurese nos casos mais graves.

Os procedimentos realizados e registrados foram condizentes com o protocolo de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), o qual visa ao atendimento de pacientes vítimas de trauma com a utilização de procedimentos padronizados mediante abordagem ABCDE. No entanto, dado o número de vítimas, de lesões e de regiões corporais afetadas, como mostra a TAB. 4, considera-se baixa a quantidade de procedimentos realizados, fato este que pode se explicar pela carência de informações nos prontuários, sendo uma constante nesta pesquisa.

Não se pode esquecer de que nem todas as vítimas receberam APH, pois vieram por procura direta ou encaminhadas de outras cidades, com atendimento prévio no hospital de pequeno porte da cidade de origem, o que justifica a ausência de informações referentes ao APH. No entanto, já se expôs que o número de prontuários com essas informações é menor em relação ao de vítimas que receberam APH pelo SIATE e SAMU.

A maioria das vítimas teve lesão única, sugerindo que o principal motivo das ocorrências não foi tentativa de homicídio, e, sim, conflitos interpessoais, assaltos e abuso de drogas ou álcool. No Hospital Florianópolis, grande parte das vítimas de FPAF também sofreu ferimento único (77,1%).[21] Observa-se, ainda, que 11 vítimas foram alvejadas com mais de três projéteis, demonstrando a clara intenção de homicídio nesses casos. Demonstrou-se, então, que a média de projéteis de arma de fogo por vítima foi de 1,9, achado um pouco menor do que no Estado de São Paulo, em 2001, onde a média de projéteis por vítima de homicídio foi de 2,3,[24] visto que foram estudados apenas os óbitos. Já neste estudo, apontou-se principalmente a morbidade.

Houve grande prevalência de lesões em extremidades como os MMSSs e MMII, as quais, somadas, atingem uma proporção de 64,2%, o que pode explicar o grande número de atendimentos e de internações curtas, visto que tais regiões não abrigam órgãos considerados nobres e, consequentemente, não provocam lesões graves na maioria das vezes. Os MMII como a região mais acometida ainda nos permite concluir que os disparos efetuados nessas regiões, evidenciam que não houve a intenção de homicídio, e, sim, de punição ou, ainda, para evitar fuga. O tórax, porém, aparece como a segunda região mais acometida, sendo esse o local de órgãos vitais como coração e pulmões, explicando, também, o considerável número de internações prolongadas e de óbitos.

Mello Junior[21] também obteve os MMII como a região mais atingida, em 38,8% das vítimas, seguido de abdome e do MMSS. Outros autores[17, 20] detectaram que a região corporal mais atingida entre as vítimas de FPAF foi o abdome, seguido da transição toracoabdominal e tórax.

As lesões provocadas por arma de fogo têm grande potencial de levar ao óbito, porém, quando isso não ocorre, é porque não atingiram, em sua maioria, regiões consideradas nobres, como cabeça e tórax, o que explica os atendimentos nos hospitais com a maior parte dos ferimentos nos MMII[21] e abdome.[17, 20] Dentre os homicídios cometidos por arma de fogo em São Paulo, a cabeça foi o local anatômico mais frequentemente atingido, seguindo-se a região dorsal e o tórax.[24]

Corroborando com este estudo, Mello Junior[21] relacionou que a maioria (70,1%) das vítimas de FPAF atendidas num serviço de saúde em Florianópolis foi liberada sem necessidade de internação e, entre os internados, obteve uma média de 9,45 dias de internação, num intervalo de 1 a 75 dias. Fagundes[20] obteve uma média de 13 dias de internação, variando de 1 a 58 dias. Esses achados foram maiores em relação à média de internação evidenciada nesta pesquisa, que foi de 8,6 dias, num intervalo de 1 a 74 dias, podendo ser explicado pela diferença das principais regiões acometidas em cada pesquisa.

As internações por lesões devidas a armas de fogo são muito expressivas, tendo tido um crescimento de 95% do início para o final da década de 1990.[13] No Brasil, dentre as agressões que levaram à internação hospitalar, as armas de fogo representaram 33,2% de todas as hospitalizações.[14]

Houve, ainda, considerável proporção (13,3%) de pacientes admitidos em UTI nesta pesquisa, fato também demonstrado em estudos semelhantes, em que 21,4 %[21] e 30%[28] das vitimas de FPAF necessitaram de internamento nesta unidade, demonstrando mais uma vez a gravidade das lesões provocadas.

O importante número de vítimas que necessitaram de intervenção cirúrgica nesse mecanismo de trauma vem ao encontro de outros achados da literatura, os quais evidenciaram que 71,8% das vítimas com FPAF foram submetidas a cirurgia,[21] sendo a laparotomia a mais frequente.[17, 20,21]

Apesar de haver poucas incapacidades descritas neste estudo, diante do exposto, tem-se a clareza de que as lesões provocadas por arma de fogo são graves, o que

gera um custo maior não apenas para o serviço de saúde, mas também para a sociedade e indivíduo.

Em estudos semelhantes, houve, relativamente, baixa proporção de óbitos entre as vítimas com FPAF – 3%[20] e 2,1%.[21] Nessa ocasião, porém, evidenciou-se maior proporção de óbitos, representando 8,2% das vítimas. O que pode ter determinado esse resultado é o tórax como a segunda região corporal mais acometida, como já exposto, e também a média de projéteis em cada vítima, que foi de 1,9.

Segundo Grawszinsk,[29] entre as agressões, sendo 68,3% destas cometidas por arma de fogo, a taxa de mortalidade hospitalar (TMH) é de 5,4 óbitos por 100 internações, tendendo a aumentar com a idade.

Os FPAFs são os grandes responsáveis pelas mortes, por causa da agressão.[5-6, 24] Pesquisas demonstraram as armas de fogo como causa das vítimas fatais entre os eventos estudados.[19, 27] Sabe-se que os homicídios utilizando armas de fogo, na sua maioria, são os principais responsáveis pelas mortes por causas externas.[5-6, 14, 24]

Foram a óbito apenas oito pacientes, provavelmente porque a maioria dos ferimentos graves provocados por arma de fogo acaba matando a vítima antes que esta possa receber atendimento, pois atinge, em sua maioria, órgãos nobres, como já exposto, entre os homicídios.[24]

Destaque-se que três pacientes (3,7%) evadiram-se do hospital, apontando para o fato de que, geralmente, as vítimas são pessoas envolvidas na criminalidade, havendo pendências com a lei ou mesmo com o crime, sendo a evasão uma alternativa de escapar da sua sentença, seja ela qual for.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das limitações desta pesquisa foi trabalhar com dados secundários, sendo que muitas das informações pretendidas não puderam ser completamente obtidas, por não constarem nos documentos analisados.

As armas de fogo têm grande importância epidemiológica, constituindo-se instrumentos largamente utilizados para a prática da violência, um ônus significativo para a população. Diminuir sua morbimortalidade é um dos principais desafios para a saúde pública.

Com base em algumas variáveis, como número de vítimas, necessidade de internação em UTI e cirurgias, procedimentos realizados no atendimento pré- e intra-hospitalar, incapacidades e óbitos provocados, bem como o tempo de permanência no hospital, torna-se possível concluir que a vítima de arma de fogo é muito onerosa para o setor Saúde e para a sociedade. Isso nos leva a refletir sobre o papel que as armas de fogo exercem no cenário da violência em Londrina e região.

Sendo esses eventos passíveis de prevenção mediante ações promocionais em saúde, tanto educativas como de prevenção, sugerem-se intervenções nesse campo. O primeiro passo é conhecer a magnitude e a distribuição do problema, identificando fatores de risco para guiar o processo de planejamento e implantação das ações.

Dessa forma, com a intenção de contribuir para a compreensão do perfil epidemiológico local desses agravos, neste estudo evidenciou-se que o perfil das vítimas de FPAF atendidas no HURNP em 2007 caracteriza-se por serem jovens, solteiros e do sexo masculino. As ocorrências foram, principalmente, na cidade de Londrina, nos fins de semana e durante a noite, sendo os assaltos a principal causa dentre os pouquíssimos dados encontrados nesta variável.

A maior parte das vítimas encontrava-se sóbria e chegou ao HURNP via SIATE, recebendo no APH, principalmente, procedimentos como curativo e imobilização com tábua rígida. Quando chegaram ao HURNP, a reposição volêmica foi o procedimento mais frequente seguido por oxigenoterapia e SVD. A maior parte das lesões caracterizou-se por ferimento único em região de MMII, provocando incapacidades e levando pacientes ao óbito, além de causar internações prolongadas com necessidade de internação em UTI.

Com este estudo não se finda a temática, havendo necessidade de novos levantamentos e discussões para melhor compreensão desses eventos, bem como de seus fatores desencadeantes, quem mais atinge e suas consequências, conduzindo, assim, o planejamento de ações para prevenir e minimizar o problema em questão com intervenções que vão além da esfera da saúde.

Vale lembrar que a principal intervenção para combater agravos dessa natureza é a prevenção. Portanto, ações que vão desde a conscientização dos riscos de portar uma arma de fogo até a garantia dos direitos constitucionais a todos, principalmente o acesso à educação, constituem passos para combater o problema.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008. [Citado 2008 abr. 15]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1>.

2. Violência: prevenção e controle no Brasil [editorial]. Epidemiol Serv Saúde. 2007 mar; 16(1): 5-6.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Analise de Situação de Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Coordenação de Vigilância, Prevenção e Controle de Violências e Acidentes. NOTA TÉCNICA Nº CDDANT/DASIS/SVS/MS. Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA (Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; e Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado 2008 abr. 15]. Disponível em: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Projeto%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20acidentes%20e%20viol%C3%AAncias%20em%20servi%C3%A7os%20sentinela_Outubro_2006.doc>.

4. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 10ª ed. rev. São Paulo: Edusp; 2003.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade por armas de fogo no Brasil: 1991-2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Citado 2008 abr. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_1058_M.pdf>.

6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília (DF): Ritla; 2008.

7. Fagan JA. Social contagion of violence: work in progress presented at the Fortunoff Colloquium. New York: New York University; 1999.

8. Reiss AJ, Roth J. Firearms and violence. In: ––––––. Understanding and preventing violence. Washington (DC): National Academy Press; 1993. p. 255-87.

9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report in violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

10. Miller M, Azrael D, Hamenway D. Rates of firearm ownership and homicide across US regions and states, 1988-1997. Am J Public Health. 2002; 92:1988-93.

11. Wiebe DJ. Homicide and suicide risk associated with firearms in the home: a national case-control study. Ann Emerg Med. 2003; 41:771-82.

12. Lima RS, Sinhoretto J, Pietrocolla LG. Também morre quem atira. Risco de uma pessoa que possui arma de fogo ser vítima fatal de um roubo. Rev Bras Ciênc Crim. 2000 jan/mar; 8(29):365-73.

13. Minayo MCS. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005 jan/abr; 29(1): 55-63.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340p

15. Lima LP, Singer JM, Saldiva PHN. Spatial analysis of urban violence based on emergency room data. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4):648-55.

16. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1):58-66.

17. Santos ZMSA, Farias FLR, Vieira LJES, Nascimento SCO, Albuquerque VLM. Agressão por arma branca e arma de fogo interligada ao consumo de drogas. Texto & Contexto Enferm. 2004 abr/jun; 13(2):226-32.

18. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007; 16(1):7-18.

19. Cavalcanti AL, Monteiro BVB. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil Sci Med. 2008; 18(4):160-5.

20. Fagundes MAV, Seidel AC, Schiavon AC, Barbosa FS, Kanamaru F. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. Acta Sci Health Sci. 2007; 29(2):133-7.

21. Mello Junior SC. Perfil epidemiológico das vítimas de ferimento por arma de fogo atendidas no Hospital Florianópolis [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2004.

22. Oliveira AL. Epidemiologia das ocorrências e aspectos clínicos e cirúrgicos das vítimas de disparo de arma de fogo em Uberlândia-MG [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005.

23. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 11(supl.):1211-22.

24. Gawryszewskia VP, Kahnb T, Mello Jorge MHP. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):627-33.

25. Freitas EAM, Mendes ID, Oliveira LCM. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral Universitário. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5):813-21.

26. Pimenta Junior FG. Implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências [editorial]. Cad Saúde Pública. 2007; 23(1):4-5.

27. Chavaglia SRR, Bittar DB, Amaral SEM, Ferreira PM, Barbosa MH. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba-MG. Mundo Saúde. 2008; 32(1):100-6.

28. Kellermann AL, Rivara FP, Lee RK, Banton JG, Cummings P, Hackman BB, et al. Injuries due to firearms in three cities. N Engl J Med. 1996; 335:1438-44.

29. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: Comparando a mortalidade e a morbidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20(4): 995-1003.

Data de submissão: 16/12/2010
Data de aprovação: 15/6/2011

O VALOR ÚTIL NO ENSINO DA ENFERMAGEM

NURSING EDUCATION AND SCHELER'S UTILITY VALUES CONCEPT

EL VALOR UTIL EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Gilberto de Lima Guimarães[1]
Ligia de Oliveira Viana[2]

RESUMO

Este artigo é balizado na Teoria de Valor. A enfermagem possui um conjunto de valores do qual se nutre para elaborar uma escala. O objetivo com esta pesquisa foi compreender o valor útil no ato de educar do enfermeiro-docente e discuti-lo à luz dos pressupostos de Max Scheler. A metodologia é qualitativa, centrada no enfoque fenomenológico. Participaram do estudo sete enfermeiros docentes de três instituições de ensino superior de enfermagem, localizadas na cidade do Rio de Janeiro. O período de realização foi de agosto de 2007 a junho de 2008. Os dados foram obtidos por meio de entrevista e o valor útil emergiu no discurso do enfermeiro docente no ato de educar. Foi por meio do ato de educar que o enfermeiro apresentou o valor útil ao educando, ratificando-o como instituinte para a práxis assistencial da enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem; Educação; Cultura.

ABSTRACT

This article is based on Max Scheler's Theory of Values and its objective is to understand the utility value imbued on the act of instructing of a nurse educator and to discuss it in the light of Scheler's postulations: nursing holds a set of values that forms the basis for the elaboration of a scale of values. The qualitative methodology was used with a phenomenological approach. The participants were seven nurses of three higher education institutions located in the city of Rio de Janeiro. The research was conducted from August 2007 to June 2008. Data were collected through interviews and the utility value that emerged from the nurse educator's discourse derived from the act of instructing. The results indicated that it was through the process of education that the nurse educator presented to the student the utility values concept acknowledging it as the nursing care praxis instituting factor.

Key word: Nursing; Education; Culture.

RESUMEN

El presente artículo se basa en la Teoría de Valor. La enfermería tiene un conjunto de valores que utiliza para elaborar una escala. Su objetivo fue comprender el valor útil en el acto de educar al enfermero-docente y discutirlo a la luz de los presupuestos de Max Scheler. Se llevó a cabo según la metodología cualitativa, centrada en el enfoque fenomenológico. Participaron siete enfermeros profesores de instituciones de enseñanza superior de enfermería de la ciudad de Río de Janeiro. El estudio fue realizado de agosto de 2007 a junio de 2008. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas y el valor útil surgió en el discurso del enfermero docente en el acto de educar. Por medio del acto de educar al enfermero les presentó el valor útil a los alumnos, ratificándolo como instituyente para la práctica asistencial de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Educación; Cultura.

[1] Doutor em Enfermagem. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil. Membro do Núcleo de Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: drgilberto.guimaraes@hotmail.com.

[2] Doutora em Enfermagem. Professora titular do Departamento de Metodologia da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Membro do Núcleo de Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem. EEAN-UFRJ. E-mail: ligiaviana@bol.com.br.
Endereço para correspondência – Rua Itajubá nº 2055, Apto. 302, Sagrada Família, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP:31035-540

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma prática científica e social, portanto, dotada de um corpo de conhecimento teórico-prático que lhe confere destaque. Como prática científica, exerce sua ação na área da saúde, tendo o seu objeto de interesse radicado no cuidado de enfermagem[1] e vale-se dele para prover, no encontro dialógico com o seu cliente/comunidade, as condições de promoção, prevenção e reparação da saúde. Como prática social, possui valores que lhe concedem sentido e significado. Esses valores formam um axiograma (escala hierarquizada) da profissão, que é a sua autodeclaração valorativa pela qual se pauta para nortear e justificar suas ações, expressando o que ela é e como age. Os valores que fundam esse axiograma foram identificados pelos pesquisadores nos escritos de *Notas sobre a Enfermagem*, de Florence Nightingale, formando uma amálgama, a saber: o *valor social, o valor ético, o valor útil e o valor verdade*.

Inserido na sociedade, o educando traz para o cenário de seu aprendizado os valores que foram ali adquiridos e que passam a fazer parte de sua personalidade. Esses valores formam o axiograma assumido por ele e revelam o que ele é, como age e expressa sua cosmovisão. Dessa maneira, ao buscar a qualificação profissional na enfermagem, o educando mediante a intermediação docente no ato pedagógico-assistencial, indubitavelmente, confrontará seu axiograma com o axiograma da enfermagem, discutindo-o e re-hierarquizando-o, consoante o exercício de sua volição e, nesse confronto, poderá retificar ou ratificar sua atitude.[1-3]

De tal modo, com este estudo teve-se como objetivo compreender no ato de educar do enfermeiro docente o valor útil e discuti-lo à luz dos pressupostos de Max Scheler.[4]

Dado o desgaste obtido pela palavra "valor" ao longo do tempo, faz-se necessário, a fim de dirimir qualquer dúvida, conceituá-lo. Assume-se o conceito do valor como aquilo que vale para o homem, sendo capaz de suprir uma carência e promover seu crescimento e desenvolvimento como pessoa.[3]

A justificativa foi centrada na nossa reflexão, como docentes, sobre a prática pedogógica-assistencial com os discentes, que valores estamos apresentando aos discentes e se estes faziam parte do campo axiológico que fundava a profissão. Adotamos a perspectiva sheleriana para a busca da compreensão valorativa, pois compartilhamos a visão de que os valores são apreendidos pelo sentimento, e não pela razão.[4]

REFERENCIAL TEÓRICO

A fenomenologia de Max Scheler, tendo sua inspiração em Husserl, é, antes de tudo, uma filosofia dos valores. Sua pretensão foi construir uma ética em base de dados objetivos e rigorosos de em que surgisse uma axiologia de fundamentos absolutos opondo-se, de forma radical, ao racionalismo axiológico.[5]

Assim, a verdadeira filosofia deve admitir uma forma complementar de participação na essência das coisas com base na via emocional, que passa a constituir um elemento capaz de produzir o conhecimento do ser. Ao proceder à reflexão sobre o agir humano, ele percebeu que havia um tipo de conhecimento cujos objetos eram inteiramente inacessíveis à razão: o conhecimento dos valores.[4]

Os valores são revelados por meio da intuição emocional. Agindo assim, rejeita-se a distinção entre o conhecimento sensitivo e o racional, elevando o emocional ao nível do racional, bem como admite-se um mundo de experiências cujos objetos são inacessíveis ao entendimento e que só o emocional coloca o homem autenticamente diante desse mundo. Assim, o conhecimento do valor se dá *a priori*.[4]

Ao estabelecer a base de fundamentação de sua filosofia com base na intuição emocional, ele faz uma crítica à concepção ética advinda do formalismo kantiano e propõe uma nova fundamentação.[4]

Dessa maneira, o mundo dos valores passa a gozar de validade independentemente do sujeito, constituindo um mundo em si, cujos valores se escondem por trás do sentimento do valor, como dado objetivo e material.[4]

O valor útil

O valor útil é o que favorece a vida, não a vida em geral, mas a vida humana. A vida no homem não é independente da humanidade. O homem é espírito, ao mesmo tempo em que é vida.[4]

Pode-se visualizar nas mais diversas civilizações, desde aquelas que possuem forte apego tecnológico, como aquelas de menor conhecimento científico, que todas julgam, raciocinam, transformam, organizam e legislam, demonstrando que a utilidade e a espiritualidade são complementares.[3]

Assim, para o animal, o valor da utilidade equivale ao valor vital; para o homem, não. Embora nas primeiras etapas do desenvolvimento da vida, na criança, o natural se sobreponha ao artificial, no adulto e especialmente no aculturado, o artificial prevalece sobre o natural.[3]

O útil pode ser considerado um valor espiritual por não estar orientado apenas para a conservação da vida, mas para o desenvolvimento espiritual do indivíduo. Mostra não a submissão do espírito à vida, mas a afirmação de uma organização da vida pelo espírito.[4]

Postas tais considerações, faz-se necessário conhecermos a posição scheleriana diante da sociedade moderna quanto ao emprego do valor útil, a fim de compreendermos a organização da vida pelo espírito.

A crítica scheleriana à sociedade capitalista moderna é de que esta, com a influência burguesa, tem empreendido esforço em desenvolver com as pessoas uma escala hierárquica de valores, cujo valor útil tem sido colocado no topo. Ele realiza sua condenação a essa inversão dos valores do *ethos* burguês, que consiste colocar no

topo da hierarquia axiológica precisamente os valores sensíveis e materiais, que deveriam ocupar o nível mais baixo. Basta-lhes reordenar devidamente essa hierarquia, atribuindo aos valores do espírito a primazia que lhes compete por direito, para eliminar qualquer sentido negativo do progresso tecnológico e da civilização moderna industrial.[4]

Assim, a técnica e a indústria devem ser recolocadas no seu justo lugar, pois é um suporte importante e até indispensável para o desenvolvimento do espírito e da cultura. Nesse sentido, a civilização moderna produzida pelo capitalismo encontra em seu pensamento sua justificativa e um sentido absolutamente positivo. O que ele critica e condena é a inversão de valores do *ethos* burguês, não o que este produziu concretamente em termos de progresso tecnológico e industrial. Tanto assim que coloca como princípio ético e inquestionável que tudo o que pode ser mecanizável deverá sê-lo.[4]

Assim, em outra perspectiva, o trabalho e o progresso tecnológico, como forma de expressão do valor útil, encontram uma fundamentação filosófica como criadores de mecanismos que liberam o homem para as tarefas específicas do espírito, como a filosofia, a arte, a religião, isto é, em ações produtoras da cultura.[4]

Dessa maneira, as vantagens e benefícios da civilização tecnológica dependem apenas da sua correta orientação e compreensão, à medida que a transformação, o domínio e o controle da natureza externa forem colocados a serviço da vida interior do espírito, e não apenas dos interesses da organização psicofísica do homem.[4] Logo, é correto afirmar que a saúde é útil, porque facilita a obtenção do valor espiritual.

Outro aspecto importante na axiologia scheleriana e, portanto, inovador, é a aparição do valor útil na práxis humana com sentido ecológico. Seu pensamento parte do princípio de que é necessário expurgar da pessoa humana a ideia segundo a qual a atitude do homem em relação à natureza deveria ter por único móbil o desejo de dominá-la, controlá-la e guiá-la. Essa a ideia, de origem judaica, apesar de todos os movimentos de reação e de infenso representados pelo cristianismo primitivo, fazendo com que se erigisse no mundo ocidental do mecanicismo da natureza como verdade absoluta. Assim, Scheler defende a tese de que a formação do homem e da sua vida afetiva deve preceder qualquer atitude especializada em relação à natureza, favorecendo com que esta não seja vista como um adversário a ser dominado.[6]

Ademais, afirma o autor que se deve aplicar, em primeiro lugar, do ponto de vista pedagógico, o estímulo, para que seja novamente o desenvolvida a fusão cosmovital, despertando do estado de letargia em que se encontra o homem ocidental. Penetrado pelo espírito capitalista, este só aceita como única concepção possível do mundo aquela segundo a qual a natureza representaria apenas um conjunto de qualidades susceptíveis de serem colocadas em movimento.[6]

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com enfoque fenomenológico.[7] Os cenários foram três instituições de ensino superior de enfermagem localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Participaram do estudo sete enfermeiros docentes. A seleção dos sujeitos obedeceu ao critério aleatório. O coordenador de curso/direção, no dia em que comparecíamos à instituição, apresentava-nos aos docentes ali presentes. Após esse primeiro contato e certificados de que estavam atuando em disciplinas na graduação, agendávamos a entrevista. Os enfermeiros docentes foram identificados no texto pela letra E, acrescida de números arábicos dispostos de 1 a 7. Possuíam idade média de 42 anos; seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. O tempo médio de atividade docente foi de sessenta meses. O estudo foi realizado no período de agosto de 2007 a junho de 2008.

A técnica empregada foi a entrevista fenomenológica que possui peculiaridades que precisaram ser consideradas, a fim de que houvesse o rigor necessário para sua utilização.[8,9] Assim, exigiu-se do pesquisador a percepção no sentido de: ver e observar, desprovido dos preconceitos, mantendo-se em uma relação empática, caracterizada por um estado de aproximação, valorizando e respeitando cada um; interpretar compreensivamente a linguagem do entrevistado e sua significação, apoiando-se em uma escuta ativa, mantendo-se receptivo; evitar julgamentos que pudessem interferir na narrativa dos entrevistados. A questão norteadora elaborada foi: "Como você realiza o ato de educar diante do acadêmico de enfermagem?" As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas.

Os dados sofreram a análise compreensiva e, para tanto, inicialmente, realizamos a transcrição integral das entrevistas gravadas, a fim de construir o texto. Esta leitura foi repetida inúmeras vezes, até que fossem identificadas as unidades de significação, revelando o caráter definitivo das falas dos entrevistados.[8,9] As entrevistas apresentaram quatro unidades de significação. Neste artigo, destacou-se a unidade de significação "o valor útil". A discussão seguiu-se por meio dos pressupostos da Teoria de Valor, segundo Max Scheler.[4]

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, registrado com o nº 026/07, sendo aprovado em 24 de julho de 2007. Os depoimentos foram obtidos e utilizados com o consentimento dos envolvidos, em observância ao disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a pragmática da enfermagem, o valor útil reveste-se de importância, tendo em vista as variáveis que advêm de sua base, a saber: a técnica, a organização, a liderança, a racionalização do tempo ou de material, que trazem

sobre o trabalho realizado com o cliente e a comunidade fortes implicações.

O enfermeiro docente capta o valor útil manifestado na prática social no ente que o encarna e o apresenta ao educando. Entretanto, o valor não se torna propriedade do ente. Sua aparição vincula-se diretamente à percepção pelo sujeito que o conhece, obtendo, com base em sua apreensão, o seu sentido e significado.[4]

Iniciamos a discussão da unidade de significação, o valor útil, reportando-nos ao recorte da fala do depoente ao dizer:

> *É importante o estimulo para que o educando adquira a habilidade do fazer* [...], *pois o enfermeiro necessita ter a competência técnica.* (E1)

Para ele, esse valor é manifestado na pragmática da enfermagem. Quando no exercício de suas ações assistenciais, o profissional vale-se do domínio da técnica, expresso na execução manual dos procedimentos como forma de prover o cuidado de enfermagem.

Esta assertiva é compartilhada pelos depoentes ao dizerem:

> *Ainda hoje, muitos docentes veem como o mais importante o estímulo para que o educando adquira a habilidade do fazer.* (E2).

> *O enfermeiro necessita ter a competência técnica.* (E3)

Assim, a competência pela habilidade manual emerge como uma necessidade fundamental para o desenvolvimento do exercício profissional e passa a exigir do docente que promova o encaminhamento do educando ao campo do domínio das técnicas da enfermagem. Reforça essa assertiva o discurso do depoente ao dizer:

> *Eu quero ser cuidado por um enfermeiro. Quero que ele faça o meu medicamento. Que faça o meu curativo. Que cuide de mim. Por força de questões numéricas no passado foram criadas as outras categorias.* (E4)

Para o depoente, o enfermeiro necessita desenvolver as competências técnicas para o exercício profissional, a fim de que possa prover o cuidado de enfermagem com qualidade. Dizemos qualidade, haja vista a colocação de beneficiário da ação em que o próprio depoente se coloca, tornando-se impensável que este desejasse receber uma ação que não fosse a que lhe proporcionasse resolutividade, segurança, conforto e bem-estar.

Assim, o docente revela o compromisso no ato de educar, pois, ao colocar-se como beneficiário da ação, passa a exigir de si o empenho para que o educando venha manifestar no agir profissional a competência requerida.

Seguindo na análise, o reconhecimento do valor útil como instituinte da enfermagem faz com que o depoente projete o pensamento para o futuro, permitindo-lhe contemplar as situações de ruptura de sua saúde. Neste momento, o docente procede a uma reflexão com o objetivo de reconhecer a característica valorativa presente no Ser-enfermeiro e expressa o desejo de receber o cuidado daquele a quem atribui a maior competência para a prestação do cuidado de enfermagem – o enfermeiro.

Assim, o docente move-se, por meio do ato de educar, no sentido encaminhar o educando para o crescimento e desenvolvimento no valor útil, permitindo-lhe aperfeiçoar-se como Ser-enfermeiro. Leva-o a proceder a uma reierarquização em sua escala valorativa, ratificando o pressuposto scheleriano, pois o confronto entre as escalas valorativas é fruto da comparação de nossos valores próprios em geral, ou qualquer uma de nossas características, com os valores que aos outros pertencem.[4]

Prosseguindo, trazemos o recorte do depoente para apresentarmos outra forma de aparição do valor útil na enfermagem, a saber:

> *Quando eu trabalhei em uma instituição em Santa Cruz, eles desenvolveram várias ações junto à clientela – censo, curativos, controle de materiais, medicamentos e confecção de escalas.* (E5)

Podemos constatar que o valor útil é percebido pelo enfermeiro docente por meio do uso do conhecimento, advindo da administração para a gerência de enfermagem, exemplificado na pragmática assistencial com base na organização setorial, na elaboração de escala de serviço e no controle de artigos e medicamentos. O enfermeiro, ao instaurar o valor útil, com base na atividade gerencial, ratifica-o como instituinte para a pragmática da enfermagem e aspira vê-lo refletido no agir do educando.

Nesse sentido, o docente tem como fulcro, no ato de educar, diante do discente, levá-lo a desenvolver as diversas competências profissionais que emanam do valor útil para a pragmática da enfermagem.

Do posto até aqui, podemos constatar a importância do valor útil na enfermagem, tanto no que se refere à habilidade requerida para o "fazer", a competência técnica, quanto à ação gerencial. É inequívoca sua importância. Mas desejamos, a partir deste momento, alargar a compreensão desse valor para a enfermagem, valendo-nos do pressuposto scheleriano que diz que a vida esconde em si os valores próprios, que nunca se deixa reduzir aos valores de uso, quiçá aos valores técnicos. Assim, a vida mais forte não será aquela que se coloca em atividade com a máxima adequação, pois a vida mais forte é aquela que, com um mínimo de mecanismo, cresce e progride.[4]

Quanto ao significado atribuído à vida humana, o crescimento e o desenvolvimento axiológico não se restringem à provisão do valor útil centrado sob o prisma da ação técnica. Posto isso, afirmamos que o valor não se restringe ao atendimento de uma faceta que o compõe. É no valor da utilidade que as dimensões do ser-aí-no-mundo apresentam significados para o ser humano.[4]

Dessa forma, ouvir, tocar, falar, estar-ao-lado e as expressões corporais, são formas de aparição do valor útil. É por meio desse valor que a linha de cuidado em enfermagem favorece a integralidade do cuidado humano. Assim, o enfermeiro docente, no ato de educar o institui, correlacionando o biológico, o social, o espiritual como processo do cuidado.

Assim, trazemos o recorte do discurso do depoente para ilustrarmos essa afirmativa e fundar a discussão que se segue:

> *É o contato de um indivíduo com o outro que está ali: um precisando de cuidado, e outro que se dispõe a fornecer o cuidado. Seja este cuidado qualquer coisa: uma palavra, uma presença.* (E6)

O depoente, por meio do discurso, remete-nos à pragmática assistencial como se esta fosse oriunda de um encontro relacional. De um lado tem-se o profissional enfermeiro, do outro, o cliente. Seres dotados de sentimento, possuidores de valores que trazem, para aquele momento, suas respectivas escalas valorativas. Seres que aspiram por valer mais. Seres dotados de carências axiológicas. Seres que desejam ser reconhecidos como pessoa.[4] Para esses seres, cada ação que seja capaz de suprir a carência axiológica, no campo da prática assistencial, é expressão do valor útil, pois o valor de utilidade é o que favorece a vida humana em sua dimensão biopsicossocial.[10]

Assim, a atitude do enfermeiro docente diante do cliente que coopera para o favorecimento da vida – entendida não apenas sob o prisma do biológico – reveste-se do valor de utilidade.

Esse é o entendimento manifestado pelo depoente, ao significar, como importante no campo assistencial, a atitude do enfermeiro de posicionar-se para "ouvi-lo", de ofertar-lhe uma "palavra", capaz de promover o conforto emocional. Também é significativo o simples ato de "estar-ao-lado", adquirindo uma atitude acolhedora, mormente possibilitando ao cliente vivenciar as fases da vida, quer sejam de alegria, quer sejam de tristeza, junto a alguém.

Assim, essa atitude perpassa pelo desenvolvimento do enfermeiro docente em ofertar o cuidado de enfermagem que se paute pela compreensão do cliente como pessoa, agindo com sensibilidade para prover a ação profissional, revelando ao discente a amplitude do valor.

Logo, o valor útil, para o ato de enfermagem, reveste-se de maior significação, pois não se prende exclusivamente à habilidade manual ou gerencial.[11]

Dessa maneira, o valor é útil à vida quando o enfermeiro ouve atentivamente o que o cliente tem a dizer; dedicando tempo àquele que deseja não apenas receber o medicamento ou precisa sofrer qualquer procedimento no corpo, mas que deseja ser reconhecido comoo pessoa. Esse é o entendimento do depoente ao dizer:

> *A mulher, quando esta neste período de maternidade, necessita muito de falar, de ser ouvida, e às vezes, dentro da enfermagem hospitalar que está fundada sobre o modelo tecnocrático e biomédico, isto não é valorizado.* (E7)

Nesse sentido, o enfermeiro docente demonstra ao discente que a habilidade é exigida, mas o cuidado nela não se encerra, pois pôr-se para ouvir e manter-se em uma atitude de estar-ao-lado do cliente é expressão de cuidar.[12]

Assim, o docente apresenta ao educando outra forma de aparição do valor útil na pragmática assistencial da enfermagem, possibilitando-lhe construir um caminho alternativo à frieza e ao distanciamento do agir tecnocrático diante do cuidar, pautando-se pela atitude profissional no reconhecimento do cliente como pessoa,[4] retificando o agir, se assim o desejar. Nesse sentido, o ato de educar exige que o docente assuma um papel ativo para a apresentação do valor ao educando.

Essa ação, desenvolvida pelo enfermeiro docente, assume um caráter de imperativo categórico.[13] Logo, o docente não pode se omitir, pois, se assim o fizer, incorrerá na possibilidade de privar do educando o crescimento e o desenvolvimento axiológico, mantendo-o em estado de falta no campo dos valores que fundam a profissão, influenciando de forma negativa a construção profissional.[14] Assim, o papel do docente é fundamental na gênese desse encaminhamento.

CONCLUSÃO

Ao término destas considerações, podemos afirmar que o enfermeiro docente, em sua prática pedagógico-assistencial, apresentou, por meio de seu discurso, o valor útil ao educando. Para o docente, o valor útil não estava restrito à questão técnica ou gerencial, mas foi mais amplo, pois foi considerada útil qualquer ação de enfermagem que buscasse dar ao cliente condições que viabilizassem a promoção, a prevenção e a restauração da saúde. Notadamente, aspectos relativos a "ouvir", "estar-ao-lado" do cliente foram considerados por ele como útil.

Ao mesmo tempo, pode-se constatar que a relação pedagógica estabelecida entre o docente e o discente fundou-se no diálogo permanente, que possibilitou a reflexão sobre o cotidiano assistencial, movendo-os ao campo axiológico da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

2. Silva SAI. Valores e educação. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

3. Werneck VR. Educação e sensibilidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1996.

4. Scheler M. Le formalisme en éthique et i'ethique matériale des valeurs. Paris: Gallimard; 1955.

5. Costa JS. Max Scheler: o personalismo ético. São Paulo: Moderna; 1996.

6. Scheler M. La esencia de la filosofia. Buenos Aires: Editorial Nova; 1966.

7. Capalbo C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. Rev Enferm UERJ. 1994; 2:192-7.

8. Lopes RLM. Souza IEO. A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência das mulheres que buscam a prevenção do câncer cervico-uterino. Rev Latinoam Enferm. 1997; 5:5-11.

9. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1991.

10. Scheler M. Da reviravolta dos valores. Petrópolis: Vozes; 1994.

11. Santos MDL, Galdeano LE. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. REME - Rev Min Enferm. 2009; jan/mar;13(1):76-83.

12. Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMF. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. REME - Rev Min Enferm. 2010; jul/set; 14(3):435-22.

13. Aranha MLA. Filosofando: introdução à filosofia. 3ª ed. São Paulo: Moderna; 2003.

14. Mata LRF, Madeira ANF. Análise da produção científica sobre educação profissionalizante da enfermagem brasileira: uma revisão integrativa. REME - Rev Min Enferm. 2010; jul/set; 14(3):424-33.

Data de submissão: 28/2/2011
Data de aprovação: 2/5/2011

ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO DO SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA COMÉRCIO NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE*

OCCUPATIONAL ACCIDENT ANALYSIS IN THE COMMERCIAL SECTOR IN THE CITY OF BELO HORIZONTE

ANÁLISIS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR COMERCIAL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA EN LA CIUDAD DE BELO HORIZONTE

Priscila Tegethoff Motta[1]
Rafael Lima Rodrigues de Carvalho[2]
Maria Emília Lúcio Duarte[3]
Adelaide De Mattia Rocha[4]

RESUMO

Diante da constante mudança do processo de produção ao longo dos séculos e da consequente mudança do perfil epidemiológico na população trabalhadora, pesquisas atualizadas sobre a saúde do trabalhador e sobre acidentes de trabalho tornam-se importantes. No Brasil, na década de 1990, o setor terciário ganhou espaço e modificou a estrutura de empregos no País. Dado o aumento dos postos de trabalho nesse setor, principalmente nas capitais brasileiras, é necessário verificar em quais aspectos a atual organização de emprego está interferindo na morbimortalidade dos trabalhadores. Desse modo, objetiva-se com este estudo descrever os acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade Comércio, buscando sua caracterização epidemiológica, no município de Belo Horizonte, no período de 2004 a 2008. Os dados foram coletados no Sistema de Informação sobre Acidente de Trabalho (SIAT/SUS) da Gerência de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde. A amostra foi composta de 6.942 acidentes, sendo os homens os mais acometidos (81,1%) e a faixa etária de 20 a 29 anos a mais expressiva (62,6%). O acidente típico foi o mais comum (84,1%) e a ocupação repositor de mercadorias (10,8%) a mais representativa. A maioria dos acidentes aconteceu no distrito sanitário Centro-Sul (30,5%) e o Hospital João XXIII foi a Unidade de Saúde que mais atendeu os acidentados (66,8%). A causa mais comum foi queda/ choque/ perda de equilíbrio (22,1%). Com base nesses dados, tornou-se possível subsidiar a construção de medidas de prevenção e políticas públicas específicas para os trabalhadores do setor.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho; Trabalhadores; Perfil Epidemiológico; Comércio.

ABSTRACT

Considering the changes in the production process and in the epidemiological profile of the working population over the centuries, it became necessary an updated research on workers' health and on accidents at work. During the 90's Brazil's tertiary sector growth changed the country's employment structure. The increase in the sector's employment offer, especially in the Brazilian state capitals, made it necessary to identify current employment characteristics that influence the morbidity among workers. This study aims to describe work-related accidents occurred in the commercial sector in the city of Belo Horizonte, and to identify its epidemiological characteristics in the period between 2004 and 2008. Data were collected from the Information System on Occupational Accidents (in Portuguese, SIAT / SUS) of the Occupational Health Administration of the Municipal Health Department. The sample consisted of 6942 work accidents in which 62.6% men, aged 20 to 29 years old (81.1%), were the most affected. The typical accident was the most frequent (84.1%) and the replenishment position (10.8%) the most representative. Most accidents happened in the south centre health district (30.5%) and John XXIII Hospital attended most cases (66.8%). The most common cause of work related accidents were falls, electrical incidents, trips or slips (22.1%). The study's findings helped to promote the establishment of a series of preventive measures and public policies specific for people working in that economic sector.

Key words: Occupational Accidents; Workers; Epidemiologic Profile; Commerce.

RESUMEN

Ante el cambio constante con los siglos en el proceso de producción y del consiguiente cambio de perfil epidemiológico en la población de trabajadores, las investigaciones actualizadas sobre la salud del trabajador y sobre los accidentes de trabajo son sumamente importantes. En el Brasil de los años 90, el sector terciario adquirió espacio y modificó la estructura de los empleos en el país. Debido al aumento de tales puestos de trabajo en ese sector, principalmente en las capitales, hay que verificar en qué aspectos la organización actual de empleo interfiere en la morbimortalidad de los trabajadores. Con el presente estudio se busca describir los accidentes de trabajo ocurridos en el rubro Comercio, intentando definir su epidemiología en el municipio de Belo Horizonte entre 2004 y 2008. Los datos fueron recogidos en el Sistema de Información sobre Accidentes de Trabajo (SIAT/SUS) del Departamento de Salud del Trabajador de la Secretaría Municipal de Salud. La muestra consistió en 6.942 accidentes de los cuales los hombres fueron los más perjudicados (81,1%) y entre 20 y 29 años (62,6%) la mayoría. El accidente típico fue el más común (84,1%) y la ocupación repositor de mercaderías (10,8%) la más representativa. La mayoría de los accidentes ocurrió en el distrito sanitario Centro Sur (30,5%) y el Hospital João XXIII fue el centro de salud que atendió más accidentados (66,8%). La causa más común fue caída/choque/pérdida de equilibrio (22,1%). Los resultados de este estudio han contribuido a elaborar medidas de prevención y políticas públicas específicas para los trabajadores del sector.

Palabras clave: Accidentes de Trabajo; Trabajadores; Perfil Epidemiológico; Comercio.

* Análise parcial de dissertação de mestrado defendida em 2011 na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Brasil.

[1] Acadêmica em Enfermagem pela EEUFMG. Bolsista de Iniciação Científica Fundep/Santander.
[2] Acadêmico em Enfermagem pela EEUFMG. Bolsista de Iniciação Científica Probic/Fapemig.
[3] 3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUFMG.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto da EEUFMG. E-mail: adelaide@enf.ufmg.br.
Endereço para correspondência – Rua São Mateus, nº 620, bairro Sagrada Família – Belo Horizonte-MG. CEP: 31035-330.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo.[1] Desse modo, pesquisas referentes à saúde dos trabalhadores e especificamente ao acidente de trabalho permitem auxiliar na determinação de medidas de promoção de saúde e prevenção de acidentes.

O acidente de trabalho proporciona um grande impacto na vida do indivíduo. O trabalhador acidentado, além de passar pelo sofrimento relacionado à lesão física, pode estar sujeito a danos psicológicos. Afinal, tais acidentes podem proporcionar sequelas ao indivíduo que o tornarão inapto a exercer suas atividades laborais por tempo provisório ou permanente.

Além de produzir alterações significativas na vida do trabalhador, o acidente de trabalho também oferece gastos aos sistemas públicos. Durante a assistência à saúde dos trabalhadores afetados, é necessário, por exemplo, ativar os sistemas de saúde e o previdenciário.[2]

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes no trabalho e cerca de 2 milhões de mortes por ano em todo o mundo.[3] Estima-se que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) sejam perdidos por doenças e agravos ocupacionais e chega aos 10% quando se trata de países em desenvolvimento.[3]

Diante dos impactos do acidente de trabalho na vida do trabalhador e da grande perda econômica, estudos sobre o perfil epidemiológico desses trabalhadores passam a ser importantes.

Ao lado dessa situação apresentada, um fator que deve ser evidenciado na influência do agravo apresentado em estudo é a constante modificação do processo de produção. Ao longo dos séculos, tanto a economia como os padrões de trabalho transformaram-se substancialmente, interferindo diretamente na morbimortalidade dos trabalhadores.

No século XVIII, a Revolução Industrial no mundo ocidental levou a uma significativa reestruturação na organização do trabalho, afetando a saúde dos operários. A aceleração do processo de produção e as péssimas condições de trabalho tiveram como consequência elevado número de acidentes ocorridos durante a realização das tarefas.[4]

Em meados do século XX, a globalização proporcionou novos impactos. À medida que as atividades econômicas transcendiam cada vez mais as fronteiras nacionais, as reguladoras estatais, que tradicionalmente garantiam condições de trabalho seguras e humanas, enfraqueceram-se, contribuindo, assim, para o aumento de lesões nos locais de trabalho, em especial nos países menos desenvolvidos.[5]

No Brasil, em torno da década de 1990, após a indústria passar por uma modernização e racionalização organizacional, o setor secundário perdeu sua importância para o setor terciário, modificando a estrutura de empregos no País. Logo, os postos de trabalho das indústrias foram transferidos para o mercado de trabalho no setor de serviços e comércio.[6]

O crescimento do comércio nas últimas décadas e a rápida transformação do processo de produção por que vem passando a economia exigem do trabalhador uma série de habilidades, sendo uma delas a capacidade de adequação às novas necessidades e à dinâmica dos novos mercados de trabalho. A flexibilidade da produção e das relações de trabalho no mundo comercial promove maior rotatividade da mão de obra, tornando-se um desafio manter e caracterizar o perfil epidemiológico desses trabalhadores.[2,7]

O Poder Público deve estar preparado para receber essas profundas e aceleradas transformações. O deslocamento do emprego para o setor terciário cria nova situação social e coloca novos problemas para o sistema.

Diante dessas circunstâncias apresentadas, torna-se relevante descrever o perfil dos acidentes de trabalho envolvidos no setor de atividade econômica Comércio em Belo Horizonte, com o propósito de conhecer e de acompanhar a atual situação desse agravo. A identificação do perfil desses acidentes, em razão das características das vítimas, passa a ser um importante sinalizador sobre as condições de trabalho e os riscos existentes na execução da tarefa, podendo contribuir na construção do conhecimento sobre processos gerais e específicos que levam o trabalhador a se acidentar.

A seleção para o estudo sobre acidente de trabalho na atividade econômica Comércio, na cidade de Belo Horizonte, partiu da constatação de que esse setor concentra a maior parte das notificações do agravo em estudo, daí ser esse o objeto principal desta pesquisa.

OBJETIVO

Descrever o perfil dos acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade Comércio, buscando sua caracterização epidemiológica, no município de Belo Horizonte, no período de 2004 a 2008.

METODOLOGIA

Os dados que compuseram este estudo são provenientes do Sistema de Informação sobre Acidente de Trabalho (SIAT/SUS-BH) da Gerência de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, no período de 2004 a 2008. Para a utilização desses dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) sob o nº 0082.0.410.410-09A e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o nº 0082.0.410.203-10. Nesse sistema de informação não fazem parte os servidores públicos, trabalhadores autônomos e empregados domésticos.

O SIAT/SUS-BH foi gerado por meio da coleta e compilação de 18 das 66 variáveis da ficha de Comunicação

de Acidentes de Trabalho (CAT). Essas CATs foram captadas em várias instituições de Belo Horizonte que apresentaram as maiores taxas de atendimento à saúde da população, onde, provavelmente, grande parte da população procura a primeira assistência médica em casos de acidentes de qualquer tipo. Foram escolhidas, também, instituições em que a comunicação foi facilitada pela Gerência de Saúde do Trabalhador da Prefeitura de Belo Horizonte, dado o grande número de acidentes de trabalho que são registrados nos locais selecionados.

O município de Belo Horizonte foi eleito para o desenvolvimento deste estudo em razão da disponibilidade desse sistema de informação sobre acidentes de trabalho. Aliado a isso, a cidade é constituída de 2.375.444 habitantes (Censo 2010-IBGE) e o setor comércio está entre os três primeiros setores com maior força de trabalho na capital mineira.[8] O comércio e os serviços representam 85% do PIB na economia local e 13,6% do PIB de Minas Gerais.[9]

O setor de atividade econômica Comércio está organizado de acordo com a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), versão 1.0. A CNAE é o instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária.[10]

O banco de dados apresenta 6.942 notificações de acidentes no setor Comércio, apresentando elevada porcentagem de acidentes quando comparado com todos os outros tipos de setores atuantes na capital, correspondendo a 22,5% do total de 30.890 acidentes de trabalho.

Para a organização e a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS.15). Foram selecionadas oito variáveis para compor o estudo: ano do acidente; faixa etária do trabalhador; sexo do trabalhador; distrito sanitário; unidade de saúde na qual o trabalhador foi atendido; ocupação do trabalhador e causa do acidente.

Para a variável ano do acidente foram utilizados os anos 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008. As faixas etárias variaram de 15 a 19 anos; de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos; 40 a 49 anos e 50 ou mais. A variável sexo subdivide-se em masculino e feminino. Os tipos de acidente de trabalho foram: típico (acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada no local de trabalho pelo acidentado) e de trajeto (acidentes ocorridos no trajeto entre o local de trabalho do acidentado e a sua residência, e vice-versa).

Os Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte foram subdivididos em Venda Nova, Pampulha, Oeste, Norte, Noroeste, Nordeste, Leste e Centro-Sul.

Para as Unidades de Saúde de Atendimento foram selecionadas as categorias: Hospital João XXIII, Hospital Odilon Behrens, Hospital Risoleta Tolentino Neves e Outros.

Os dados sobre a ocupação do trabalhador foram estabelecidos de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO): Repositor de Mercadorias; Açougueiro; Vendedor de Comércio Varejista; Motociclistas no transporte de documentos e pequenos volumes; Operador de caixa; e Outros.

As categorias apresentadas na variável Causa do acidente de trabalho mais evidentes foram: Queda/Choque/Perda de equilíbrio, Equipamentos/Máquinas/Matéria-prima, Ferramenta manual não motorizada, Motocicleta, Automóvel, Esforço físico estático-dinâmico e Outros.

RESULTADOS

Foram encontrados, no banco de dados, 6.942 notificações de acidentes no setor Comércio. Ao relacionar o setor de atividade Comércio com a variável denominada Causa dos Acidentes, a amostra inicial sofreu decréscimo (7,0%) e a perda amostral foi decorrente de subnotificação.

Na TAB.1 mostra-se a frequência dos acidentes ocorridos no setor de atividade econômica Comércio, segundo o ano do acidente, faixa etária, sexo e tipo de acidente do trabalhador. O ano de 2007 apresentou a maior frequência de acidentes com o registro de 1.578 observações (22,7%). Os homens foram os mais acometidos (81,1%) e a faixa etária de 20 a 29 anos, a mais expressiva (62,2%). A segunda faixa etária de trabalhadores mais acidentados foi de 30 a 39 anos (22,3%). O acidente típico foi o mais comum (84,2%) e o acidente de trajeto apresentou 1.099 observações (15,8%).

TABELA 1 – Distribuição dos acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade econômica Comércio, segundo o ano do acidente, faixa etária, sexo e tipo de acidente do trabalhador, no período de 2004 a 2008. Belo Horizonte-MG

Dados sociodemográficos	N	%
Ano do acidente		
2004	1115	16,1%
2005	1409	20,3%
2006	1464	21,1%
2007	1578	22,7%
2008	1376	19,8%
Faixa etária do trabalhador		
De 15 a 19 anos	132	1,9%
De 20 a 29 anos	4317	62,2%
30 a 39 anos	1551	22,3%
40 a 49 anos	900	13,0%
50 ou mais	42	0,6%
Sexo do trabalhador		
Masculino	5629	81,1%
Feminino	1313	18,9%
Tipo de acidente		
Acidente típico	5843	84,2%
Acidente de trajeto	1099	15,8%
Total	6942	100,0%

Fonte: SIAT/SUS-BH/GESAT/SMS/PBH

Segundo a TAB. 2, a maioria dos acidentes aconteceu no distrito sanitário Centro-Sul (30,5%) e o Hospital João XXIII foi a unidade de saúde que mais atendeu aos acidentados (66,8%).

TABELA 2 – Distribuição dos acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade econômica Comércio, de acordo com os distritos sanitários e a unidade de saúde, no período de 2004 a 2008, Belo Horizonte-MG

Dados sociodemográficos	N	%
Distrito Sanitário		
Venda Nova	301	4,3%
Pampulha	704	10,1%
Oeste	768	11,1%
Norte	151	2,1%
Noroeste	1323	19,1%
Nordeste	673	9,7%
Leste	732	10,5%
Centro-Sul	2120	30,5%
Barreiro	170	2,4%
Unidade de Saúde		
Pronto-Socorro João XXIII	4635	66,8%
Odilon Behrens	1428	20,6%
Risoleta Tolentino Neves	735	10,6%
Outros	144	2,0%
Total	6942	100%

Fonte: SIAT/SUS-BH/GESAT/SMS/PBH

Na TAB. 3, verifica-se que a ocupação Repositor de mercadorias (10,8%), Açougueiro (8,1%), Vendedor de comércio varejista (7,4%), Motociclistas no transporte de documentos e pequenos volumes (6,3%), Operador de caixa (3,9%) foram os mais frequentes. Todas as demais ocupações com frequência inferior a 3,9% foram agrupados na categoria Outros.

TABELA 3 – Distribuição dos acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade econômica Comércio, de acordo com a ocupação do trabalhador, no período de 2004 a 2008. Belo Horizonte-MG

Ocupação do trabalhador	N	%
Repositor de mercadorias	749	10,8%
Açougueiro	560	8,1%
Vendedor de comércio varejista	512	7,4%
Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes	438	6,3%
Operador de caixa	271	3,9%
Outros	4412	56,7%
Total	6942	100,0%

Fonte: SIAT/SUS-BH/GESAT/SMS/PBH

De acordo com a TAB. 4, as causas predominantes dos acidentes de trabalho ocorridos no ramo de atividade econômica Comércio foram Queda/Choque/Perda do equilíbrio, com 1.523 casos (22,1%), seguidas de Equipamentos/Maquinas/Matéria-prima usada no trabalho (18,5%), o uso Ferramenta manual não motorizada (15,2%) e Motocicleta (13,0%).

TABELA 4 – Distribuição dos acidentes de trabalho ocorridos no setor de atividade econômica Comércio, de acordo com a causa dos acidentes de trabalho, no período de 2004 a 2008, Belo Horizonte-MG

Causa dos Acidentes de Trabalho	N	%
Queda/Choque/Perda do equilíbrio	1523	22,1%
Equipamentos/Maquinas/Matéria-prima usada no trabalho	1275	18,5%
Ferramenta manual não motorizada	1047	15,2%
Motocicleta	894	13,0%
Automóvel	343	5,0%
Outros	1375	26,2%
Total	6457	100,0%

Fonte: SIAT/SUS-BH/GESAT/SMS/PBH

DISCUSSÃO

O setor de atividade econômica Comércio exige elevado número de trabalhadores por reunir uma imensa quantidade de micros e pequenos estabelecimentos até grandes redes nacionais e internacionais.[11] Em 2008, os comerciários representavam 18,6% do total da força de trabalho no País (total de 39.441.566 trabalhadores), com um crescimento de 7% em relação a 2007.[12]

Na Região Sudeste, tendo em vista a alta concentração de empregos em cidades como São Paulo e Belo Horizonte, a quantidade absoluta de acidentes de trabalho é expressivamente maior do que nas outras regiões brasileiras. O histórico efeito polarizador desses grandes centros eleva a quantidade de trabalhadores na região, principalmente dos setores de serviço e comércio, e, consequentemente, a quantidade de acidentes de trabalho.[13] Logo, mediante o conhecimento das atribuições e da competência do setor Comércio, estas passam a ser válidas na garantia da segurança em saúde dessa crescente população trabalhadora.

Diante da análise dos resultados mostrados na TAB. 1, o período de 2007 apresentou elevado numero de registros de acidentes do trabalho quando comparado com os outros anos. Tal fato pode estar relacionado à adoção do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) que foi acrescentado nos sistemas informatizados do INSS em abril de 2007 para a concessão de benefícios acidentários.[13,14] Imediatamente após a implantação desse novo mecanismo, houve incremento da ordem de 148%, provocando uma mudança drástica no

perfil da concessão de auxílios-doença de origem acidentária. Portando, é possível considerar a existência de subnotificação de acidentes e doenças do trabalho nos anos anteriores.[14]

Ainda sob análise da TAB. 1, conclui-se que o perfil dos trabalhadores que mais se acidentam no setor comércio são jovens, prioritariamente, do sexo masculino. A maior prevalência de acidentes com trabalhadores de 20 a 29 anos pode ser atribuída à elevada participação dos jovens na força de trabalho desse setor. O comércio possibilita a inserção do trabalhador em inúmeras funções não especializadas e de baixa remuneração, que, em geral, não requerem qualificação, sendo assim um fator atrativo para os jovens inexperientes que almejam obter um posto de trabalho com mais facilidade.[11] De acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/RAISESTAB/2002), disponibilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte em 2002, a força de trabalho entre os jovens de 18 a 29 anos correspondeu a 55,7% do total de trabalhadores no setor em estudo.[8]

Quanto à elevada frequência dos acidentes ocorridos com o sexo masculino, estudos na cidade de Botucatu (SP) e Salvador (BA) corroboram com a atual pesquisa, pois revelaram, também, a predominância de trabalhadores ,82,9% e 89,7%, acidentados do sexo masculino, respectivamente, embora os estudos abordassem trabalhadores em geral e não trabalhadores de setores específicos.[15,16]

De acordo com pesquisa realizada pelo IBGE sobre a evolução do mercado de trabalho em seis regiões metropolitanas, incluindo a de Belo Horizonte, os dados mostram que parcela de mulheres no comércio vem aumentando e em 2006 representou 39,3% dessa população trabalhadora. Logo, a porcentagem 18,9% de trabalhadores acidentados do sexo feminino deve ser discutida à luz do percentual de mulheres inseridas nesse mercado de trabalho formal em relação número de homens, que, em uma breve análise, pode revelar observações inconsistentes com a realidade.[17]

Segundo o resultado a respeito dos tipos de acidentes, é possível que a baixa frequência dos acidentes de trajeto esteja relacionada à subnotificação. Infere-se de tal fato a possibilidade do desconhecimento tanto do trabalhador como de sua chefia sobre a legislação ou sua difícil caracterização, uma vez que pode ser considerado como acidente de trânsito comum. Outra inferência é a possível relação à menor frequência do acidente de trajeto quando comparado com o acidente típico. Segundo o anuário estatístico da Previdência Social, em 2007, foram registrados, em Belo Horizonte, 10.184 trabalhadores acidentados sendo que a minoria representava o acidente de trajeto (17,05%).

Conforme a TAB. 2 a maioria dos acidentes de trabalho ocorreu no distrito sanitário centro-sul, de Belo Horizonte, atualmente considerado referência comercial, financeira e política da capital. A região centro-sul é caracterizada como um centro metropolitano com enorme diversidade de serviços e com a concentração das atividades econômicas, podendo, assim, justificar a expressividade da ocorrência de acidentes com trabalhadores do comércio.[18]

Nesse distrito sanitário, encontra-se o Pronto-Socorro do Hospital João XXIII, a unidade de saúde que obteve a maior frequência de atendimentos de comerciantes acidentados. Além de estar localizado na região central da capital e também na região onde se encontra boa parte dos trabalhadores do setor em análise, facilitando, assim, o acesso, esse hospital é responsável pela maioria dos casos de urgências traumáticas da cidade, da região metropolitana e também por receber pacientes graves de todo o Estado de Minas Gerais.[19]

As ocupações que registraram o maior número de acidentes devem ser discutidas em conjunto com as expectativas de produção, a sistematização operacional, horas de jornada de trabalho e a segurança e ergonômica dos postos assumidos. São atribuídos aos repositores de mercadorias, por exemplo, a organização de prateleiras em supermercados e no comércio, proporcionando-lhes a exposição de risco de queda ou perda de equilíbrio. Uma das tarefas prestada pelos açougueiros, como talhador e cortador de carne, realizadas com ferramentas motorizadas ou não expõe, ao risco de lesões nas mãos e nos dedos. Outro fator que deve ser abordado é a pressão da produtividade, visto que vendedores de comércio varejista utilizam, frequentemente, planos de remuneração baseados na aplicação de percentuais sobre o valor da venda/faturamento. O esforço do trabalhador em cumprir metas pode proporcionar esgotamento tanto físico quanto psicológico, aumentando suas chances de se acidentar.

Segundo a TAB. 4, a causa mais prevalente, nomeada Queda/Choque/Perda de Equilíbrio, pode ser atribuída às combinação de fatores relacionados às atividades que proporcionam o desequilíbrio e a instabilidade do trabalhador. Esses fatores podem ser específicos ao indivíduo como condições físicas e psicológicas ou podem ser externos, relacionados com as condições do local de trabalho. Em pesquisa de causas externas feita no Brasil em 2000 relatou-se que 72,8% das internações eram por quedas, indicando que essa causa é a mais comum entre os acidentes em geral e que devem estar relacionadas a problemas estruturais do ambiente de trabalho, doméstico, dentre outros.[20]

A causa de acidentes denominada Equipamentos/ Maquina/Matéria-prima, merece um estudo aprofundado, pois pode estar relacionada a diversas causas, como características do processo de trabalho que podem estar gerando essa causa, ausência ou uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e manutenção das máquinas. Outro fator relevante é a existência e utilização de máquinas de tecnologia obsoleta, favorecendo, agravando ou desencadeando a condição de risco.[21]

Acredita-se que a causa definida por Ferramenta não motorizada apresentou-se expressiva, pois são normalmente de fácil manejo e usadas em pequenos serviços que requerem pouca habilidade e experiência. Assim, o trabalhador, raramente, apresenta capacitação

adequada para identificar se elas estão em boa condição de uso e quais os tipos de cuidados devem ser tomados ao manuseá-las.[22]

O acidente de trabalhado no comércio causado pelo uso da motocicleta pode estar relacionado tanto ao deslocamento para a realização do trabalho, no caso entregas, acesso rápido ao destino, como no deslocamento até sua residência. Na atualidade, a motocicleta passou a ser considerada um importante instrumento de trabalho no ramo comercial. Tal ferramenta permite aos *motoboys,* como muitas vezes são chamados os entregadores de pequenos volumes, a velocidade nas entregas solicitadas com urgência.[23]

Os casos que foram incluídos como "Outros", uma vez que não guardavam conexão direta com as outras classificações elencadas, representaram praticamente 25% de todos os acidentes estudados no setor Comércio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a mudanças contínuas do processo produtivo, o trabalhador passa a ser foco de pesquisas, com o objetivo de identificar e compreender como as novas formas de trabalho estão lhe afetando a saúde e a segurança.

Atualmente, com a expansão do setor terciário no País, o setor atividade econômica Comércio passou a ser um dos maiores representantes da força de trabalho nas capitais brasileiras. Tendo em vista que nas últimas décadas a organização do trabalho no comércio passou a ser mais explorada do que daquela anteriormente encontrada no setor secundário, as situações de riscos ocupacionais e o perfil dos acidentes de trabalho acabaram se modificando.

Nesse contexto, estudos como este passam a ser necessários, visto que, com uma descrição precisa sobre o atual perfil epidemiológico dos trabalhadores acidentados, torna-se possível subsidiar a construção de medidas de prevenção e políticas públicas específicas e eficazes para esses trabalhadores.

É importante destacar que o comércio traz novas alternativas de renda no meio urbano. Esse setor é representado não somente por trabalhadores formais, como também por trabalhadores do setor informal da economia. Nestes últimos, por não serem assegurados pela previdência social, os acidentes trabalhos acometidos por eles são raramente notificados, tornando-se difícil a identificação da situação de risco desses trabalhadores informais, merecendo, assim, futuras investigações.

REFERÊNCIAS

1. Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2):481-93.

2. Wunsch Filho V. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. Rev Bras Med Trab. 2004; 2(2):103-17.

3. International Labour Organization. Safety in numbers: pointers for the global safety at work. Geneva; 2003.

4. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Cienc Saúde Coletiva 2005; 10(4): 817-28.

5. Albracht G. Globalização, locais de trabalho e saúde. In: Os desafios globais da inspeção do trabalho; 2005. [Citado 2011 mar. 15]. Disponível em: <http://www.act.gov.pt/%28pt-PT%29/Itens/Livraria/Documents/Os_desafios_globais_da_inspeccao_do_trabalho.pdf>.

6. Wunsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: tendências e estruturas. Cad Saúde Pública. 1999; 15(1):41-51.

7. Lassance MC, Sparta M. A orientação profissional e as transformações no mundo do trabalho. Rev Bras Orientac Prof. 2003; 4 (1/2): 13-9.

8. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. Estatísticas e indicadores demográficos: número de trabalhadores no mercado de trabalho formal por setores de atividade econômica e faixa etária – Belo Horizonte; 2002 [Citado 2011 jan. 21]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=16781&chPlc=16781&termos=acidente%20de%20trabalho%20setor%20de%20atividade%20economica%20comercio>.

9. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. [Citado 2011 jan. 21]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=39913&chPlc=39913&termos=acidente%20de%20trabalho%20setor%20de%20atividade%20economica%20comercio>.

10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Comissão Nacional de Classificação, CNAE 1.0. [Citado 2011 jan. 17]. Disponível em: <http://www.cnae.ibge.gov.br/estrutura.asp?TabelaBusca=CNAE_110@CNAE%201.0%20/%20CNAE%20FISCAL1.1@1@cnae@1>.

11. Boletim Trabalho no Comércio: O jovem comerciário: trabalho e estudo. DIEESE- Departamento Internacional de Estudos Estatísticos Socioeconômicas. 2009; I(3).

12. Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio. DIEESE - Estudos e Pesquisas - nº 52 de maio de 2010 - Comércio. [Citado 2011 maio. 21]. Disponível em: <http://www.cntc.com.br/noticias.php?codigo=1130>.

13. Brasil. Ministério de Trabalho e Emprego - MTE. Boletim Estatístico Projetivo: Projeções Estatísticas com Dados de Trabalho e Emprego do Brasil, Brasília, DF; Agosto de 2009.

14. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, NTEP. [Citado 2011 maio 21]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>.

15. Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4): 409-16.

16. Conceição PSA, Nascimento IBO, Oliveira PS, Cequeira MRM. Acidentes de trabalhos atendidos em um serviço de emergência. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 111-7.

17. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística- IBGE. Pesquisa Mensal de Emprego:

Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa; 2007.

18. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. Regional Centro-Sul: apresentação. [Citado 2011 jan. 25]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalcentrosul&tax=6521&lang=pt_BR&pg=5460&taxp=0&>.

19. Rocha AFS. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais- Escola de Enfermagem; 2005.

20. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cad Saúde Pública 2004; 20(4): 995-1003.

21. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social Ministério do Trabalho e Emprego. Máquinas e Acidentes de Trabalho. Brasília: MTE/SIT; 2001. 86 p.

22. Campos A, Tavares JC, Lima V. Prevenção e controle de riscos com máquinas, equipamentos e instalações. São Paulo: Editora Senac; 2010.

23. Veronese AM, Oliveiro DLLC. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos *motoboys*: subsídios para a promoção da saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22(12):2717-27.

Data de submissão: 8/1/2011
Data de aprovação: 7/7/2011

A PESQUISA EM HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: REVISÃO DE PUBLICAÇÕES DE 2000-2008

NURSING HISTORY RESEARCH: REVIEW OF PUBLICATIONS 2000-2008

LA INVESTIGACIÓN EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: REVISIÓN DE PUBLICACIONES ENTRE 2000 Y 2008

Virgínia Mascarenhas Nascimento Teixeira[1]
Yanna Mara Mol Cunha[2]

RESUMO

No final do século XX, a pesquisa em história da enfermagem no Brasil começou a ganhar impulso, indicando a necessidade de repensar o contexto de formação e atuação do enfermeiro ao longo do desenvolvimento da profissão. Com este estudo, buscou-se analisar o conhecimento produzido sobre história da enfermagem e o espaço ocupado pelas publicações nessa área em periódicos nacionais, no período de 2000 a 2008. O trabalho foi realizado como uma forma de compreender o modo pelo qual as pesquisas têm evoluído nessa área e alertar os pesquisadores para possíveis necessidades de publicação e exploração de temas relacionados à história da enfermagem. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Lilacs e BDENF, com a utilização do descritor "História da Enfermagem", sendo encontrados 212 artigos relacionados ao tema. Ao analisar os trabalhos, foi possível confirmar que estes podem ser divididos em três temáticas principais: assistencial, organizacional e profissional. Existe o predomínio de publicações na temática profissional, seguido da organizacional e assistencial, respectivamente. A revista de maior publicação de artigos sobre história da enfermagem é a *Revista Brasileira de Enfermagem* e grande parte dos autores envolvidos nas publicações possui apenas um artigo publicado. Apesar do número aparentemente expressivo de publicações em história da enfermagem, esse campo precisa ser mais bem desenvolvido, pois a maior parte das publicações ainda está concentrada em uma mesma área e produzida por um grupo pequeno de interessados no tema.

Palavras-chave: Enfermagem; História da Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

In the late twentieth century nursing history research in Brazil began to gain momentum indicating the need to rethink nursing education and performance throughout the profession's development. This study aimed to analyse the knowledge production about nursing history and the space dedicated to articles on that subject in national journals from 2000 to 2008. The study intended to understand how research has evolved in the area and to alert researchers about possible publishing needs and issues related to nursing history to be explored. A bibliographic research in LILACS and BDENF databases using the descriptor "History of Nursing" was conducted. 212 items related to the topic were found. The articles were divided into three main categories: "assistance", "organizational" and "professional". The "professional" category produced the largest number of articles, followed by "organizational" and "assistance", respectively. The magazine that published the largest number of articles was the *Revista Brasileira de Enfermagem* (Brazilian Journal of Nursing) and most authors had only one article published in it. Despite the apparently impressive number of articles on nursing history, this field needs to be explored further, as most articles are still concentrated in one same area and are produced by a reduced group of professionals interested in the subject.

Key-Words: Nursing; Nursing History; Nursing Research.

RESUMEN

En el final del siglo XX, la investigación en historia de la enfermería en Brasil comenzó a ganar impulso, indicando la necesidad de repensar el contexto de la formación y la actuación del enfermero durante el desarrollo de la profesión. Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento producido sobre la historia de la enfermería y el espacio ocupado por las publicaciones en esta área en revistas nacionales, en el período de 2000 a 2008. El trabajo se realizó como una manera de comprender la forma que la investigación se ha desarrollado en esta área y para alertar a los investigadores a las posibles necesidades de publicación y exploración de temas relacionados a la historia. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos LILACS y BDENF con la utilización del descriptor "Historia de la Enfermería". Fueran encontrados 212 artículos relacionados al tema. Las obras fueran divididas en tres temáticas principales: asistencial, organizacional y profesional. Hay un predominio de publicaciones en la temática profesional, seguida de las temáticas asistencial y de organizacional, respectivamente. La revista de mayor publicación de artículos sobre la historia de la enfermería es la Revista Brasileña de Enfermería (*Revista Brasileira de Enfermagem*) y la mayoría de los autores que participan en las publicaciones sólo han publicado un artículo. A pesar del número aparentemente significativo de publicaciones en la historia de enfermería, ese campo tiene que desarrollarse aún más, porque la mayoría de las publicaciones siguen concentrándose en una misma área y son producidas por un pequeño grupo interesado en el tema.

Palabras clave: Enfermería; Historia de la Enfermería; Investigación en Enfermería.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História da FAFICH/UFMG. Professora da Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). Endereço para correspondência – Rua Deputado Joaquim Mariano, 141, apto. 206, Camargos – Belo Horizonte. CEP: 30525-420.

[2] Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). E-mail: yannamol@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A história da enfermagem é uma área interdisciplinar situada entre duas áreas de conhecimento: a enfermagem e a história. Seu estudo pode gerar confronto crítico com o passado, trazendo questões delicadas que evidenciam contradições e inconsistências e exigem de enfermeiros e historiadores capacidades cognitivas e afetivas especiais para produzirem conhecimento no domínio de ambas as áreas.[1] A história da enfermagem contribui para a formação de profissionais com consciência crítica, reflexiva e com novas formas de percepção e apreciação da realidade social. Profissionais capazes de pensar a enfermagem inscrita em um campo de forças dinâmicas e contraditórias, composto por passado, presente e futuro.[1]

Ao longo dos séculos, as informações sobre a história da enfermagem foram, muitas vezes, fornecidas por outras disciplinas, como a medicina, a sociologia e a história, sendo exaltado o enfoque da enfermagem ora religioso e submisso, ora depravado e profano.[2] Nesse sentido, a relação da sociedade com a profissão se fez, em muitos momentos, permeada por conceitos, preconceitos e estereótipos estabelecidos em ao longo da sua trajetória histórica e que, até hoje, influenciam na concepção do seu significado como profissão da saúde.[3]

Além disso, durante muito tempo, a história da enfermagem seguiu o modelo da própria disciplina História, que parece ter sido baseado em um modelo de rememoração, anamnese e memorização dos grandes historiadores.[4] No passado, os historiadores percorriam da história à memória coletiva. Já a história atual se interessa por toda atividade humana, ou seja, tudo tem uma história, um passado que pode ser reconstruído e relacionado ao restante desse passado.[4] De acordo com Padilha *et al*,[2:576] "a enfermagem é uma profissão que, ao longo do tempo, vem desconstruindo e construindo sua história". Portanto, pode-se dizer que é impossível compreender o contexto profissional da enfermagem sem conhecer sua história.

Produzir pesquisa histórica para construir memória da enfermagem e analisar criticamente a história das enfermeiras e da enfermagem é um desafio que vem crescendo no decorrer do tempo.[2] Nesse sentido, os estudos sobre história da enfermagem têm possibilitado a tomada de consciência daquilo que somos, como produto histórico, o desenvolvimento de uma autoestima coletiva e a reconstrução da identidade profissional. Esses estudos permitem uma nova visão sobre a profissão,[5] que a torna viva, buscando vestígios do passado e encontrando sua identidade no presente.[3]

Nesse sentido, a pesquisa em história da enfermagem, no Brasil, começou a ganhar impulso a partir do final do século XX, com o despertar da enfermagem para a necessidade de buscar equilíbrio entre capacidade de crítica social e autocrítica profissional e a competência técnico-científica.[1]

O reconhecimento da história da enfermagem como linha de pesquisa no *Fórum Nacional de Coordenadores de Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem*, realizado em 2000 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), evidenciou a ampliação dos estudos na área, possibilitando uma produção científica com ampla temática.[1]

Em estudo sobre o movimento de reconsideração do ensino e da pesquisa em história da enfermagem, Barreira e Baptista[1] estabeleceram as temáticas abordadas na produção científica de história da enfermagem, que podem essas ser agrupadas em três temáticas: a profissional, a assistencial e a organizacional:

- Profissional: raízes da identidade profissional; o processo de cientificação do saber da enfermagem; a formação da comunidade de enfermagem; as entidades de classe no processo da institucionalização da enfermagem; historicidade das questões étnicas; o ensino e a pesquisa em História da Enfermagem;
- Assistencial: configurações da prática da enfermagem no tempo e no espaço; impacto das tecnologias na assistência de enfermagem; o ensino da assistência, conteúdo e estratégias; abordagem histórica nos modos de comunicação entre enfermeiros e clientes; história das doenças e práticas profissional;
- Organizacional: trajetória das escolas de enfermagem; a enfermagem nos hospitais modelares; atuação da enfermagem nos programas nacionais de saúde; a organização do trabalho de enfermagem nos serviços de saúde, a enfermeira na administração da assistência, do ensino e da pesquisa interdisciplinar.[1:704]

A importância dos estudos sobre história da enfermagem tem se evidenciado, nas últimas décadas, pelo crescente número de trabalhos na área e em razão, principalmente, da necessidade de repensar a profissão em relação com o contexto social no qual o enfermeiro atua.[6]

Tendo em vista a relevância do tema história da enfermagem para a enfermagem, surgiram as seguintes questões de pesquisa: Qual o espaço que o tema em questão, como objeto de investigação dos enfermeiros, ocupa nas publicações em periódicos brasileiros no período de 2000 a 2008? Em que subáreas da história da enfermagem incidem essas publicações?

Nesse sentido, buscou-se, com este estudo, analisar o conhecimento produzido em história da enfermagem e o espaço ocupado pelas publicações nessa área em periódicos de enfermagem nacionais, no período de 2000 a 2008.

Dada a importância de publicações sobre história da enfermagem, justificou-se a elaboração deste estudo, para compreender a forma pela qual pesquisas têm evoluído nessa área, e, possivelmente, com os resultados busca-se poder direcionar e atentar pesquisadores sobre possíveis necessidades de publicação e até mesmo da exploração de temas relacionados à história da profissão.

METODOLOGIA

O caminho metodológico utilizado para desenvolver este tema foi a pesquisa bibliográfica. Trata-se de

"levantamento e análise crítica dos principais trabalhos publicados sobre determinado tema", tendo, portanto, como finalidade, atualização de conhecimentos e acompanhamento do desenvolvimento de um assunto.[7:3]

A finalidade com o estudo foi resgatar aspectos inerentes às produções científicas sobre história da enfermagem. Portanto, para a obtenção das informações desejadas, foi realizado um levantamento bibliográfico das publicações sobre história da enfermagem em periódicos brasileiros a partir de 2000, quando a história da enfermagem foi reconhecida como linha de pesquisa no *Fórum Nacional de Coordenadores de Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem*, promovido pela CAPES em 2008, dada a necessidade de trabalhar com dados que permitam a visualização do desenvolvimento da pesquisa em história da enfermagem até o momento.

Inicialmente, a busca se deu por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), visto que fez parte dos objetivos do estudo encontrar artigos científicos nacionais. Essas bases eletrônicas de dados iniciaram suas atividades de indexação na década de 1980 e, assim, os artigos indexados nelas atendem ao recorte temporal deste trabalho.[8] A indexação em um banco de dados nacional ou internacional exige critérios específicos de forma e conteúdo. Dessa forma, a indexação de periódicos científicos constitui um importante indicador de qualidade da pesquisa e da dimensão de sua abrangência.[9]

Na coleta de dados realizada nas bases de dados Lilacs e BDENF, utilizou-se como descritor a expressão "História da Enfermagem". Os limites da pesquisa basearam-se em: ano de publicação – de 2000 a 2008; idioma – português; e tipo de publicação – artigo de revista. Foram encontrados 212 artigos na base Lilacs e 162 na BDENF. Identificados os artigos, foi realizada a leitura minuciosa dos resumos encontrados para, posteriormente, os artigos serem adquiridos.

Nessa análise, verificou-se que dos 212 artigos encontrados no Lilacs todos estavam indexados na base BDENF. Assim, foram adquiridos e analisados os 212 artigos presentes naquela base.

Dentre todo material pesquisado, grande parte encontrava-se disponível integralmente na internet, por isso foram impressos. Os demais foram obtidos nas bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e feitas cópias xérox, ou, ainda, para aqueles não disponíveis, a aquisição do artigo foi realizada via biblioteca da Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte.

Em seguida, foi realizada a leitura minuciosa do material e o registro das informações obtidas em um roteiro elaborado previamente, contendo itens referentes ao título da pesquisa, temática, objetivos e conclusões. Os dados levantados foram comparados e os artigos analisados foram agrupados, por similaridade e pertinência, em temáticas abordadas na produção científica de história da enfermagem citadas previamente em estudo de Barreira e Baptista, quais sejam: assistencial, organizacional e profissional.[1] Sugeriu-se, ainda, o tópico "Outras produções históricas", composto por artigos que não se enquadraram nas temáticas citadas. Os resultados são apresentados a seguir.

A PRODUÇÃO EM HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

A produção científica em história da enfermagem por periódicos, desde o ano de 2000 até 2008, é apresentada a seguir, na TAB. 1:

TABELA 1 – Número de publicações em história da enfermagem por periódico, 2000-2008

Periódicos de enfermagem	Nº artigos
Rev. Bras. Enferm (REBEn).	85
Esc. Anna Nery – Rev. Enferm.	72
Texto & Contexto Enferm.	13
Rev. Enferm. UERJ	10
Rev. Esc. Enferm. USP	5
Rev. Latinoam. Enferm.	4
Rev. Paul. Enferm.	4
REME – Rev. Min. Enferm.	3
Acta Paul. Enferm.	2
Cogitare Enferm.	2
Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos	2
Rev. Baiana Enferm.	2
Arq. Ciências Saúde UNIPAR	1
Arq. Méd. ABC	1
Online Braz. J. Nurs.	1
Cad. Saúde Coletiva	1
Ciênc. Cuid. Saúde	1
Invest. Educ. Enferm.	1
Rev. Eletrônica Enferm.	1
Rev. RENE	1
Total de artigos	**212**

A produção científica por periódicos se distribui da seguinte maneira: 85 artigos foram publicados na *Revista Brasileira de Enfermagem*, o que corresponde a 39% da produção nessa área, no período estudado; 72 artigos foram publicados na *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*,

o que corresponde a 34%; 13 artigos, na *Texto & Contexto Enfermagem*, correspondendo a 6% do total; 10 artigos, na *Revista de Enfermagem da UERJ*, correspondendo a 5%; e 34 artigos estão distribuídos nas demais revistas, o que corresponde a 16%. É importante ressaltar que esses dados estão relacionados às publicações que tinham História da Enfermagem como descritor.

Ao analisar a produção em história da enfermagem em relação aos periódicos que publicam artigos referentes a esse tema, foi possível perceber que a *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn) publicou o maior número de trabalhos, seguida da *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*. Nesses casos, pode-se dizer que, em relação à REBEn, trata-se do periódico mais antigo da enfermagem, publicado desde 1932, com o nome *Anais de Enfermagem*, e que constitui um importante meio de divulgação de pesquisas até os dias de hoje.[10] Além disso, a revista tem uma sessão dedicada à história, o que contribui para a divulgação frequente de trabalhos na área. No que diz respeito à *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, trata-se de uma publicação da Escola de Enfermagem Anna Nery, na qual foi criado o Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre a História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), primeiro núcleo de pesquisas cuja temática é a história da enfermagem e que já tem certa "tradição" em pesquisa nessa área.

Como a maioria dos outros periódicos brasileiros tem temáticas específicas para cada publicação, a história da enfermagem fica restrita aos números relacionados a essa temática, o que, de certo modo, é bom, por reunir diferentes assuntos e abordagens em um mesmo exemplar, facilitando a busca e leitura dos interessados, que podem fazer comparações e conhecer diferentes aspectos da história; mas, por outro lado, limita as publicações históricas a certos períodos, sem uma regularidade em relação ao tema, o que pode contribuir para menor interesse dos leitores e pesquisadores no desenvolvimento de pesquisas relacionadas à história da enfermagem.

Ficou evidenciado também, pela análise dos artigos, que alguns autores foram os responsáveis por grande parte das publicações em história da enfermagem, ou seja, um grupo pequeno e regular de autores publica muito, enquanto outros autores possuem apenas um artigo relacionado ao tema, como ilustrado a seguir, no FIG. 1.

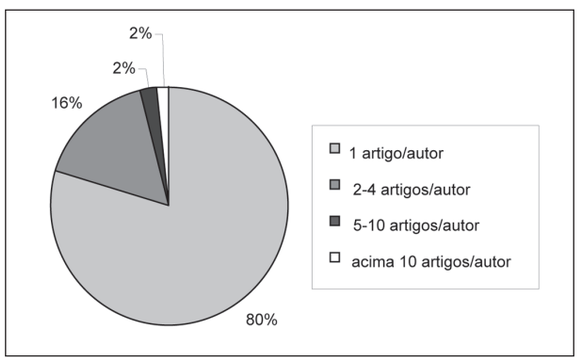

FIGURA 1 – Gráfico de porcentagem de artigos sobre história da enfermagem publicados por autor

Ao analisar esse dado, o resultado foi: 80% dos autores envolvidos nas publicações possuem apenas um artigo publicado, 16% possuem de dois a quatro artigos publicados, 2% possuem entre cinco a dez artigos publicados e 2% possuem acima de dez artigos.

Cabe evidenciar que, ao analisar os autores com cinco ou mais publicações, é possível perceber que a maioria deles está vinculada a grupos de pesquisa que possuem história da enfermagem como uma de suas linhas de pesquisa e, além disso, são líderes desses grupos.[11]

Os autores que publicaram entre cinco e dez artigos são: Antonio José Almeida, Estelina Souto do Nascimento, Gertrudes Teixeira Lopes, Maria Cristina Sanna, Maria da Luz Barbosa Gomes, Miriam Susskind Borenstein e Wellington Mendonça Amorim. Já aqueles que apresentaram mais de dez artigos publicados no período foram: Ieda de Alencar Barreira, Suely de Souza Baptista, Taka Oguisso, Maria Itayra Padilha e Tânia Cristina Franco Santos. É importante evidenciar que outros autores publicaram trabalhos relacionados à história da enfermagem, mas muitos artigos publicados pertencentes a pesquisas históricas no período delimitado do estudo não fizeram parte deste estudo dado o fato de não possuírem História da Enfermagem como um de seus descritores. Portanto, cabe aqui um alerta aos pesquisadores/orientadores quanto à necessidade de utilizar o descritor História da Enfermagem em suas produções, pois, com isso, possibilitarão maior socialização do conhecimento na área. Essa foi, aliás, uma das orientações dos pesquisadores salientada, em 2008, no *Sexagésimo Congresso Brasileiro de Enfermagem*, na reunião de pesquisadores de enfermagem.[12]

Buscando o estado de origem aos quais os grupos de pesquisa dos autores com maior índice de publicações pertencem, foi encontrado: sete são de grupos do Rio de Janeiro, dois de São Paulo, dois de Santa Catarina e um de Minas Gerais. Com exceção do grupo mineiro, que é vinculado à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), todos os grupos dos quais esses autores fazem parte são vinculados a universidades federais.

Os grupos de pesquisa em enfermagem registrados no CNPq, segundo o último senso de 2006, totalizam 331, dos quais 37 (11%) possuem como uma de suas linhas de pesquisa a história da enfermagem, ao passo que 294 (89%) não trabalham com esse tema.[11]

De acordo com o ano de formação dos grupos que têm a história da enfermagem como linha de pesquisa, é possível perceber um considerável crescimento após o reconhecimento dessa linha pela CAPES em 2000. Até 2000, existiam 15 grupos formados; a partir desse período, os demais se formaram ou incluíram essa linha de pesquisa nos trabalhos do grupo. Esses grupos são os grandes responsáveis pela maioria das publicações na área. Mas, se considerarmos em relação ao total de grupos, o número ainda é pequeno, ou seja, a história da enfermagem não constitui um objeto de interesse da maior parte dos pesquisadores de enfermagem.

Com relação às publicações de artigos com descritor História da Enfermagem, por ano, a trajetória dessas publicações é ilustrada a seguir, no FIG. 2.

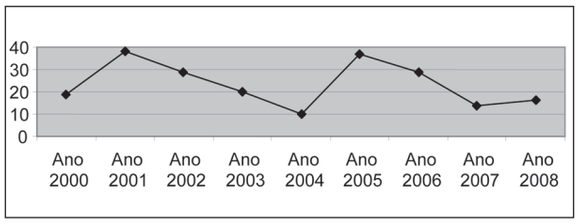

FIGURA 2 – Gráfico de publicações em história da enfermagem por ano

Analisando as publicações de artigos com descritor História da Enfermagem no período proposto, é possível verificar que, a partir de 2000, quando foi reconhecida como linha de pesquisa, houve crescimento das publicações. Em 2001, ocorreu um aumento considerável das publicações; de 2002 a 2004, continuou-se publicando, porém, ocorreu um declínio da quantidade de publicações. Em 2005, o número de publicações elevou-se novamente. De 2006 a 2007, ocorreu um declínio. Em 2008, novamente começou a elevar-se o número de publicações.

Com base nos dados apresentados, é possível perceber que ocorreu um aumento considerável das publicações em 2001 e 2005. Pode-se inferir que esse aumento deveu-se a duas revistas que lançaram edições referentes à história da enfermagem. Foram elas: *Revista Brasileira de Enfermagem*, que, em razão das comemorações dos 75 anos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 2001, publicou um número cuja temática foi "História da ABEn"; e, em 2005, a *Revista Texto & Contexto Enfermagem lançou* "A história da enfermagem e saúde", em homenagem aos dez anos da criação do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCE), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Apesar de uma queda na produção histórica, é importante ressaltar que, em 2002, a REBEn também lançou um número específico sobre história, dando oportunidade para publicação na área nesse ano.

A PESQUISA HISTÓRICA EM ENFERMAGEM E SUAS TEMÁTICAS

Com base nos trabalhos de pesquisa referentes à história da enfermagem e publicados em periódicos nacionais no período deste estudo, foi possível tecer algumas considerações relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa histórica em enfermagem e suas principais áreas de interesse, tendo como referência as temáticas propostas por Barreira e Baptista, relacionadas à produção histórica profissional, organizacional e assitencial.[1]

No que diz respeito às temáticas encontradas, foi possível perceber que existe predomínio na produção histórica profissional, seguida das temáticas organizacional e assistencial, além de alguns artigos que não se enquadram em nenhuma delas, como pode ser percebido no gráfico FIG. 3.

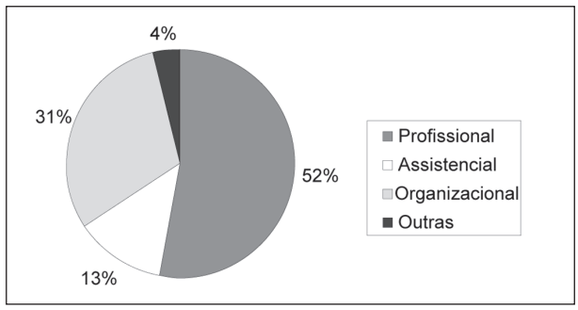

FIGURA 3 – Gráfico de publicações em história da enfermagem por temática

Dos 212 artigos analisados, com maior proporção – 52%, que correspondem a 112 artigos –, está a temática profissional, composta, principalmente, por artigos que discorrem sobre as entidades de classe no processo da institucionalização da enfermagem, histórias de vida, raízes da identidade profissional, a formação da comunidade de enfermagem e o processo de cientifização do saber. Em seguida, com 31%, que correspondem a 65 artigos, está a temática organizacional, na qual aparecem com maior frequência publicações sobre a trajetória de escolas, a organização do trabalho de enfermagem nos serviços de saúde e a enfermeira na administração da assistência, do ensino e pesquisa interdisciplinar. A terceira temática, com 13% das publicações, que correspondem a 27 artigos, se relaciona à área assistencial. Nessa, há o predomínio de publicações sobre configurações da prática da enfermagem no tempo e no espaço. Existem, ainda, os artigos que não se enquadram em nenhuma das temáticas citadas, porém, dada a diversidade de assuntos abordados, não foi possível sugerir nova categoria, então, estes foram agrupados em "Outras produções históricas", composta por oito artigos, representando 4% do total de artigos encontrados.

Assistencial

Os estudos históricos produzidos na temática assistencial abordam, de diversas maneiras, a prática da enfermagem, dentre os quais são muito frequentes os que tratam da configuração da prática no tempo e no espaço, ou seja, analisam a atuação do enfermeiro em diversos espaços e diferentes momentos – por exemplo, em guerras, tais como Primeira e a Segunda Guerra Mundial, principalmente por meio da análise de conteúdo fotográfico e depoimentos de enfermeiras que participaram dessas guerras. Esses estudos correspondem a 37% da produção na temática assistencial e abordam, de algum modo, a comunicação e a atuação da enfermagem nos espaços de guerra, demonstrando a importância de sua intervenção social, que levou também à afirmação da enfermagem moderna.

Outra abordagem muito frequente nos artigos da temática assistencial presente em 33% das publicações é a prática da enfermagem psiquiátrica, extremamente vinculada à divulgação da história psiquiátrica brasileira na primeira metade do século XX, a qual foi fundamentada em um modelo asilar, de segregação e exclusão social, e a necessidade de adoção de nova prática baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A história da prática também é um assunto ressaltado nas publicações da temática assistencial, correspondendo a 11%, nas quais se percebe o reforço dado à associação entre enfermagem e religião, principalmente no que diz respeito aos aspectos relacionados à submissão e à obediência das religiosas no desenvolvimento das atividades de enfermagem.

O fato de vários pesquisadores ter dedicado seus trabalhos à psiquiatria pode estar relacionado a um importante marco na história da enfermagem brasileira, que foi a criação da primeira escola de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, cuja finalidade era preparar profissionais para atuar em hospícios e hospitais civis e militares.[13] A escola funcionava nas dependências do Hospício Nacional dos Alienados e, anteriormente à criação da escola, a assistência de enfermagem era realizada, principalmente, por religiosas, fato que contribui, também, para compreensão da expressiva associação da religião com a enfermagem nos artigos constituintes dessa temática.

Alguns autores realizaram outro tipo de abordagem na temática assistencial, referente aos impactos das tecnologias na prática da enfermagem, correspondendo a 11% das publicações na área. Desses 11%, é possível verificar que 67% analisam as práticas decorrentes dos novos modelos de prestação de serviços de saúde e discutem as implicações das mudanças trazidas pelas tecnologias na construção, organização e funcionamento dos hospitais; e 33%, seguindo basicamente a mesma linha, registraram suas considerações referentes à influência das tecnologias no trabalho da enfermagem.

O ensino da assistência, conteúdos e estratégias também estão presentes nesta temática assistencial, possibilitando reflexões para a aquisição de consciência crítica e realização de modificações que influenciarão na formação de futuros profissionais, representando 8% das publicações na temática.

Após a análise dos artigos que compõem esta temática, foi possível perceber que, ainda que esta seja representada pelo menor número de artigos publicados, existem diferentes vertentes abordadas, e o que predomina nas publicações são associações clássicas da história da enfermagem relacionadas à assistência, à psiquiatria, à religiosidade e às guerras.

Organizacional

As publicações em história da enfermagem encontradas pela delimitação desta pesquisa na temática organizacional são compostas por várias vertentes. São elas, seguidas de suas proporções: a organização do trabalho de enfermagem nos serviços de saúde – 10%; escolas de enfermagem – 39%; enfermeiro na administração da assistência, do ensino e da pesquisa – 16%; história das doenças e da prática – 25%; atuação da enfermagem nos programas nacionais de saúde – 8%; e a enfermagem nos hospitais modelares – 2%.

A organização do trabalho de enfermagem nos serviços de saúde é um assunto presente nas publicações, correspondendo a 10% das produções organizacionais. Nesta vertente, as publicações apresentam análise das diferentes formas de organização e gestão de serviços de saúde pela enfermagem, abordando diferentes espaços da prática.

Nesta temática, 39% das publicações estão relacionadas às escolas de enfermagem. Desses 39%, é possível inferir que 76% dos textos apresentam alguns eventos, acontecimentos e aspectos relativos à trajetória das escolas de enfermagem no Brasil. Além desses, ainda nos 39%, existem estudos que retratam trajetórias, porém, de cursos de Pós-Graduação em Enfermagem, que representam 8%. Ainda nesta mesma vertente, alguns autores realizaram publicações relacionadas a escolas, mas que não lhes retratam a trajetória, representando 16% das publicações sobre escolas de enfermagem. São os estudos que caracterizam o perfil dos alunos diplomados que descrevem a emergência do movimento estudantil a partir da criação de Diretórios Acadêmicos, que fazem levantamentos para verificar a expansão dos cursos superiores de enfermagem no País, e, ainda, que comparam o número de cursos vinculados a instituições públicas e privadas.

A atuação do enfermeiro nos programas nacionais de saúde em diferentes espaços também é significativa nas publicações da temática organizacional, representando 8%. Alguns autores direcionaram suas pesquisas para analisar a inserção dos serviços de enfermagem nos hospitais modelares, correspondendo a 2% das publicações. Outra vertente encontrada na temática organizacional, representando 25% das publicações nesse sentido, é a que discute sobre a história da doença e da prática.

Desse modo, é possível perceber que a quantidade de publicações que tratam da temática organizacional é ampla, permitindo vários campos de publicação na mesma área. Mas, mesmo com a diversidade de assuntos abordados nesta temática, um assunto de grande relevância e muito publicado, dada sua inseparabilidade da história, é a trajetória das escolas de enfermagem.

Profissional

A produção científica da temática profissional compreende uma variedade de vertentes, mas existem algumas que estão presentes com maior frequência nas publicações – por exemplo, história de vida. Vários autores, representantes de 26% da produção nesta temática, dedicaram sua escrita a dados biográficos

e à análise da trajetória de vida de importantes personagens que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento da enfermagem brasileira, descrevendo ou analisando as lutas e conquistas de determinadas personagens da enfermagem brasileira e o significado de sua contribuição para enfermagem.

Outra vertente bastante frequente nas publicações relaciona-se às entidades de classe da enfermagem, correspondente a 33% do produzido nesta temática. Nos estudos publicados, busca-se compreender a trajetória e a contribuição das entidades para a formação da imagem cultural da profissão do enfermeiro. Os estudos sobre as entidades representativas da enfermagem são de cunho histórico-político-social, buscam reconstruir a trajetória dessas instituições, o contexto no qual foram criadas e seus principais marcos, tais como implantação e desenvolvimento. As publicações estão relacionadas a diferentes regiões brasileiras e a maior parte está relacionada à Associação Brasileira de Enfermagem, principalmente pelo fato de, em 2001, a ABEn ter completado 75 anos e ter publicado uma edição especial para abordar o tema, que acabou por englobar história da enfermagem.

Ainda nesta temática, outros autores publicaram artigos sobre ensino e pesquisa em história da enfermagem, o que corresponde a 11% dos artigos. Nessas publicações percebe-se uma grande tendência em demonstrar o significado da construção do saber em história da enfermagem para ampliação do espaço dos pesquisadores e fortalecimento da categoria.

Em outros estudos, 13% os autores preocuparam-se em difundir uma filosofia de preservação da memória da enfermagem, sendo essas publicações relacionadas a Centros de Memória. Para isso, em suas publicações apresentaram critérios de organização, preservação, composição e sistematização do acervo documental, processos de reorganização de Centros de Memória. A intenção com esses artigos é expor a necessidade de resgatar e preservar a história e a memória da categoria.

Na temática profissional, encontramos, também, publicações sobre a formação da comunidade de enfermagem e raízes da profissão, representando 10% dos artigos que compõem esta temática.

Existem, ainda, artigos relacionados à história do cuidado e das cuidadoras que trazem reflexões sobre a história da enfermagem em um contexto político, econômico, cultural, geográfico e social, totalizando 7% das publicações na temática. Alguns desses focalizam a questão do gênero na construção histórica da enfermagem, enfatizando a predominância feminina na profissão.

De uma forma menos expressiva, está presente na produção da temática profissional a vertente valorização do conhecimento científico, com 3% das publicações. Nos estudos que discorrem sobre esse assunto aborda-se a questão da valorização do conhecimento científico relacionada à história, portanto a análise inicia-se com a enfermagem empírica, desvinculada do saber científico, passa pelo período de atuação de Florence Nightingale, no qual se inicia a valorização do conhecimento científico, e chega até os dias atuais.

A produção histórica profissional é a temática verificada, neste estudo, como de maior frequência nas publicações no período pesquisado. Isso se deve, principalmente, ao fato da grande preocupação dos pesquisadores em história da enfermagem quanto ao reconhecimento e valorização da profissão. Disso surge a necessidade de divulgar como se deu a formação da comunidade de enfermagem, as raízes da profissão, a institucionalização das entidades de classe e o desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

Outras produções históricas

Além das temáticas abordadas, foram encontradas algumas publicações que, apesar de possuírem como descritor História da Enfermagem, não se enquadraram em nenhuma das correntes existentes até então.

Essas publicações discorrem sobre produção científica de Enfermagem Hospitalar, espaço representativo de difusão nacional do saber da área, trajetória histórica das produções sobre administração, trajetória da produção científica dos enfermeiros sobre Educação em Enfermagem, compreensão dos pontos de convergência dos congressos brasileiros de enfermagem e a forma como se apresentam na produção do conhecimento em enfermagem. Em algumas publicações, ainda, analisou-se o contraponto entre algumas ideias dos personagens centrais dos congressos brasileiros de enfermagem e dos editoriais das revistas brasileiras de enfermagem, trabalhou-se o resgate histórico das primeiras Semanas de Enfermagem no Brasil e identificou-se, na interface entre filosofia e literatura, como o corpo aparece na trama contemporânea.

Dos assuntos abordados, alguns são "outras possibilidades de publicação em história da enfermagem", ainda pouco explorada. Apesar de serem relevantes para a história, é pouca a preocupação dos autores em realizar estudos que analisem a trajetória de produções científicas, congressos de enfermagem e Semana de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, ficou evidenciado que houve aumento das publicações com o reconhecimento da história da enfermagem como linha de pesquisa, porém as publicações ainda continuam concentradas em uma mesma temática – a profissional. E, apesar de ter-se elevado o número de publicações, a quantidade de autores que publicam sobre o tema continua reduzida, ou seja, continua pequeno o interesse pela história da enfermagem entre os pesquisadores enfermeiros. Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à história da enfermagem ainda precisa ser mais incentivado e valorizado, permitindo que um número cada vez maior de pesquisadores realize trabalhos nessa área.

Em relação ao período analisado, ou seja, de 2000 a 2008, foi possível perceber a elevação das publicações, principalmente em 2001 e 2005. Mas, por que esses "altos e baixos"? O que falta à história da enfermagem para que ela se consolide como um campo de saber em enfermagem e possa ser discutida por um número cada vez maior de pesquisadores?

É preciso publicar e incentivar publicações relacionadas à história da enfermagem, principalmente por meio dos grupos de pesquisa e com a inserção de novos pesquisadores. Também é importante ressaltar a necessidade de utilização do descritor História da Enfermagem nas publicações, para melhor reconhecimento dos estudos sobre o tema e valorização dessa linha de pesquisa. Assim, acreditamos que o desenvolvimento da pesquisa nesta área pode evidenciar diferentes aspectos do passado e nos permitir refletir sobre o momento atual da profissão.

REFERÊNCIAS

1. Barreira IA, Baptista SS. O movimento de reconsideração do ensino e da pesquisa em História da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003; 56(6): 702-6.

2. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica em enfermagem. Texto Contexto-Enferm. 2005; 14(4):575-84.

3. Padilha MICS, Kletemberg DF, Gregório VRP, Borges LM, Borenstein MS. A produção da pesquisa histórica vinculada aos programas de Pós-Graduação no Brasil, 1972 a 2004. Texto Contexto-Enferm. 2007; 16(4): 671-9.

4. Borenstein MS. Por que conhecer a História da Enfermagem? Texto Contexto Enferm. 1995; 4(n.esp.):14-8.

5. Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Rev Latinoam. Enferm. 1999; 7(3):87-93.

6. Mendes IAC, Leite JL, Trevizan M. A REBEn no contexto da História da Enfermagem Brasileira: a importância da memória de Dª Glete de Alcântara. Rev Bras Enferm. 2002; 55(3): 270-4.

7. Nascimento ES, Teixeira, VMN. Redação Técnico-Científica e Pesquisa Bibliográfica: algumas reflexões; 2007. (Não publicado).

8. Martins EG, Sanna MC. A produção científica sobre administração em enfermagem no Brasil no período de 1947 a 1972. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2): 235-9.

9. Pagliuca LMF, Gutiérrez MGR, Erdmann AL, Leite JL, Almeida MCP, Kurcgant P. Critérios para classificar periódicos científicos de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2001. 14(3): 9-17.

10. Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976 – Documentário. Brasília: ABEn; 1976.

11. CNPq. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. [Citado 2008 dez. 28]. Disponível em: <http://www.cnpq.br>.

12. CBEn. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 60. Belo Horizonte; 2008. (Reunião de pesquisadores de enfermagem).

13. Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2005.

Data de submissão: 27/4/2010
Data de aprovação: 16/5/2011

VULNERABILIDADE MATERNO-INFANTIL: FATORES DE (NÃO) ADESÃO À PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

MATERNAL AND CHILD VULNERABILITY: NONADHERENCE FACTORS TO HIV VERTICAL TRANSMISSION PROPHYLAXIS

VULNERABILIDAD MATERNO INFANTIL: FACTORES DE (NO) ADHESIÓN A LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Stela Maris de Mello Padoin[1]
Cristiane Cardoso de Paula[1]
Tatiane Pires Ribeiro[2]
Rhaísa Martins Romanini[3]
Aline Camaranno Ribeiro[4]

RESUMO

Objetivou-se com este trabalho identificar fatores de (não)adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. O estudo consiste em revisão integrativa por meio da base de dados LILACS a partir das palavras HIV *and* gestantes and cuidado pré-natal. Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais de 1997-2007, com texto completo, em suporte eletrônico, totalizando amostra de nove artigos. Pela análise temática, verificaram-se fatores de adesão: cuidado de si, do outro e pelo outro; e fatores de não adesão: situação socioeconômica, condições de feminilidade, acesso às informações, silêncio, compreensão da situação de vulnerabilidade, preconceito e barreiras no serviço de saúde. O quadro conceitual da análise foi o da vulnerabilidade. O plano individual foi constituído pela suscetibilidade biológica, clínica e comportamental materno-infantil; o plano social, pelos aspectos econômicos e socioculturais; e o plano programático, pela política de saúde. Para promover a adesão e minimizar essas vulnerabilidades, faz-se necessária uma intervenção multidisciplinar nas dimensões biológica, clínica, social e subjetiva em todos os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Saúde Materno-Infantil; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; HIV; Transmissão Vertical de Doença/Prevenção e Controle.

ABSTRACT

This study aimed to identify nonadherence factors to HIV vertical transmission prophylaxis. The study is an integrative review through LILACS data basis from terms: HIV, pregnant women and antenatal care. The inclusion criteria were 9 unabridged Brazilian papers published from 1997 to 2007 by an electronic medium. Thematic analysis identified the following adherence factors: self-care, care for and by others. Nonadherence factors included: socioeconomic situation, femininity circumstances, access to information, silence, understanding of vulnerability situation, prejudice and healthcare services barriers. The conceptual framework for the analysis was that of vulnerability. The individual frame comprised maternal-child biological, clinical and behavioural susceptibility. The social included economical and sociocultural aspects. The programmatic frame covered the healthcare policy. In order to promote the adherence and to minimize these vulnerabilities, a multidisciplinary (biological, clinical, social and subjective) intervention is necessary in all healthcare service levels.

Key words: Maternal and Child Health; Pregnant Women; Antenatal Care; HIV; Vertical Disease Transmission; Prevention and Control.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar factores de (no) adhesión a la profilaxis de la transmisión vertical del VIH. El estudio consiste en una revisión integrativa por medio de la base de datos LILACS a partir de las palabras VIH *and* gestantes *and* cuidado prenatal. Los criterios de inclusión fueron: artículos nacionales de 1997 – 2007, con texto completo, en soporte electrónico, totalizando la muestra de nueve artículos. Por el análisis temático se verificaron factores de adhesión: cuidado de si, del otro y por el otro; y factores de no adhesión: situación socioeconómica, condiciones de femineidad, acceso a las informaciones, silencio, comprensión de la situación de vulnerabilidad, prejuicio y barreras en el servicio de salud. El cuadro conceptual del análisis fue de la vulnerabilidad. El plano individual estuvo formado por la susceptibilidad biológica, clínica y comportamental materno infantil; el plano social, por los aspectos económicos y socioculturales; y el plano programático, por la política de salud. Para promover la adhesión y minimizar esas vulnerabilidades se hace necesaria una intervención multidisciplinar en las dimensiones biológicas, clínica, social y subjetiva en todos los niveles de atención a la salud.

Palabras clave: Salud Materno Infantil; Gestantes; Cuidado Prenatal; VIH; Transmisión Vertical de Enfermedad/ Prevención y Control.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.
[2] Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.
[3] Enfermeira. Graduada pela Universidade Católica Portuguesa. Intercâmbio com a Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.
[4] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.
Endereço para correspondência – Rua 24 de fevereiro/306 apt. 202, bairro Nossa Senhora de Lourdes – Santa Maria-RS. CEP: 97.060-580.
E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde materno-infantil apresenta demandas biológicas, sociais e culturais que precisam ser atendidas em sua complexidade. Para atendê-las, as ações de atenção à saúde da mulher e do neonato devem integrar os níveis de promoção, prevenção e assistência, com vista a alcançar indicadores de impacto nos coeficientes de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil.[1]

Dentre as demandas atuais para a saúde pública, destaca-se a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente causador da *Adquired Immunity Deficiency Syndrome* (aids). De 1980 até junho de 2008, foram notificados 333.485 casos de aids no sexo masculino e 172.995 no sexo feminino. Com relação às gestantes infectadas, foram notificados 41.777 casos desde 2000. A transmissão vertical (TV) do vírus correspondeu a 90% de casos entre os menores de 5 anos, que totalizam 10.456.[2]

A exposição das mulheres e das crianças à infecção pelo HIV evidenciou a necessidade de respostas do governo e da sociedade com a prevenção e o tratamento na atenção à saúde das famílias. A prevenção da TV tornou-se uma das prioridades do Programa Nacional de DST e aids. A operacionalização do Protocolo do Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), embora normatizado em 1995, ocorreu somente dois anos depois, quando o uso de zidovudina (AZT) foi publicado nos manuais de condutas para o tratamento de adultos e de crianças infectadas pelo HIV.[3]

Sabe-se que a taxa de transmissão desse vírus, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, as intervenções preventivas preconizadas podem reduzir para níveis entre 0% e 2%. Essas iniciam no pré-natal, quando a testagem anti-HIV permite identificar as gestantes soropositivas para iniciar em tempo efetivo a profilaxia.[4,5]

Assim, as ações de prevenção e controle da TV, adotadas no Brasil, refletiram-se no declínio da infecção em crianças menores de cinco anos, a partir de 1997.[2] Entretanto, no cotidiano assistencial, percebe-se que a cobertura dessas ações ainda apresenta lacunas, como início tardio do pré-natal, falha na cobertura de teste anti-HIV, dentre outras situações que interferem na adesão da gestante à profilaxia da TV.

A adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões. Transcende à ingestão de medicamentos, incluindo: vínculo com a equipe de saúde; acompanhamento clínico-laboratorial; adequação aos hábitos e às necessidades individuais, e negociação entre o usuário e os profissionais no reconhecimento de responsabilidades específicas de cada um com vistas à autonomia[6] e ao cuidado de si.

Nesse sentido, as práticas de adesão na gestação incluem: uso adequado do esquema terapêutico; ida às consultas com profissional obstetra e clínico/infectologista; realização de exames pré-natais; não aleitamento; uso do medicamento inibidor de lactação no pós-parto; administração do xarope de AZT para o bebê durante seis semanas, na dose recomendada, entre outras ações.[6]

O período da gestação pode ser um momento propício para discutir a adesão com a mulher que tem HIV, dada a motivação para proteção do bebê. Esse processo pode contribuir para a adesão à profilaxia da TV durante a gestação, puerpério e puericultura, além da continuidade do acompanhamento de saúde dessas mulheres.[6]

Assim, o objetivo com esta pesquisa foi identificar fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da TV, nas produções científicas sobre o pré-natal de gestantes soropositivas ao HIV.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa – desenvolvido em seis etapas[7] –, por ser esse um método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica. A finalidade foi sintetizar, de modo sistemático, a produção científica sobre determinada questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

A primeira etapa consiste no "estabelecimento da questão de pesquisa": quais fatores interferem para adesão e para não adesão à profilaxia da TV do HIV?

A segunda etapa é a "busca e amostragem". A busca e seleção das produções científicas foram realizadas por dois revisores de forma independente para garantir o rigor e a fidedignidade do processo. Desenvolveu-se na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no primeiro semestre de 2008, fundamentado nas palavras HIV *and* gestantes *and* cuidado pré-natal. Foram identificadas 34 produções. Para a seleção das produções científicas, foi desenvolvida a leitura dos títulos e dos resumos segundo critério de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: artigo nacional, sujeitos gestantes soropositivas ao HIV, publicação em periódico editado no Brasil, período de 1997-2007 e disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico. Justifica-se o ponto inicial do recorte temporal em 1997, quando foi operacionalizado o Protocolo ACTG nº 076, para a prevenção da TV do HIV,[3] representando um marco da resposta brasileira à epidemia da aids, diante do aumento de casos notificados de aids entre as mulheres em idade reprodutiva, e, consequentemente, de casos de infecção por TV entre as crianças. Os critérios de exclusão foram: artigo em língua estrangeira e/ou veiculados em periódicos internacionais. Assim, a amostra foi composta de nove artigos.[8-16]

Na terceira etapa – "categorização dos estudos" –, foram organizadas e sumarizadas as informações em um quadro analítico composto pelas variáveis: região de procedência do artigo; subárea de conhecimento dos autores; objetivos; sujeitos; cenário e método. Utilizou-se

a ferramenta da análise de conteúdo temática[17] para a exploração do material por operação classificatória, com a finalidade de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Foram determinados: a unidade de contexto; a forma de organização do material; a unidade de registro; a modalidade de codificação; os recortes; e o conceito teórico que orientou a análise.

Nas unidades de contexto, revelaram-se os campos de ação (cenário de estudo) investigados pelas produções científicas selecionadas para análise: hospitais universitários, maternidades, unidades básicas de saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado. A forma de organização foi em categorias, com base em unidades de registro com palavras referentes ao conteúdo de cada subcategoria (QUADRO 1). Utilizou-se codificação cromática para destacar as unidades de registro no corpo dos artigos e foram selecionados fragmentos do conteúdo das produções para compor os resultados.

A quarta etapa – "avaliação dos estudos" – constou da análise crítica dos artigos com base na leitura atentiva dos textos na íntegra, comparando-se os resultados registrados no QUADRO 1 em suas semelhanças e diferenças/conflitos.

A quinta etapa – "interpretação dos resultados" – foi fundamentada no conceito teórico que emergiu dos artigos analisados: o quadro conceitual da vulnerabilidade em seus planos interdependentes: individual, social e programático[18] (QUADRO 2).

Por fim, a sexta etapa – "síntese do conhecimento" – possibilitou reunir e sintetizar as evidências da adesão à profilaxia da TV do HIV disponíveis na produção científica acerca do pré-natal de gestantes soropositivas, bem como as conclusões para aplicação, na prática, de atenção à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As produções científicas sobre o pré-natal de gestantes soropositivas ao HIV evidenciaram múltiplos fatores que implicam a adesão e a não adesão à terapia profilática da TV. Esses fatores estão interligados ao dia a dia das mulheres, no que diz respeito a vivências, experiências, dificuldades e enfrentamentos do seu cotidiano, seja no ambiente da família, seja no da comunidade, seja no do serviço de saúde.

Assim, a discussão que permeia a interpretação dos dados foi dividida em dois itens: fatores de adesão e vulnerabilidade nos planos individual e social; fatores de não adesão e vulnerabilidade no plano social e programático.

Fatores de adesão e vulnerabilidade nos planos individual e social

Dentre os fatores de adesão, o cuidado de si está relacionado aos atos praticados pelas mulheres no cuidado mental, físico e clínico, na prevenção do adoecimento e na manutenção da saúde.[8-11,13,15-16] O cuidado mental está relacionado à autoestima, às significações e ao processo de enfrentamento; o físico contempla hábitos de sono, alimentação, exercício físico, lazer, abandono do uso de drogas e negociação do preservativo; o clínico se refere à participação de consultas de pré-natal e continuidade no puerpério, exames e terapia medicamentosa.

QUADRO 1 – Categorização dos fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da transmissão vertical do HIV nas produções científicas – Brasil – 1997-2007

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Fatores de adesão da gestante à terapia profilática da TV do HIV	Cuidado de si	Sentimentos, necessidades, reflexão, enfrentamento
	Cuidado do outro	Transmissão do vírus para o filho, saúde do filho
	Cuidado pelo outro	Ajuda, solidariedade
Fatores de não adesão da gestante à terapia profilática da TV do HIV	Condição de feminilidade	Idade, modo de infecção, vida sexual, comportamento sexual, preservativo, situação conjugal
	Condições socioeconômicas	Escolaridade, trabalho, renda, moradia
	Acesso às informações e conhecimento	Informação, conhecimento, compreensão
	Silêncio	Resistência em aceitar o diagnóstico, inexistência de sintomas
	Barreiras no serviço de saúde	Aconselhamento, testagem, sistema de saúde, proteção, prevenção, assistência, vigilância
	Preconceito e medo da discriminação	Preconceito, discriminação, estigma, exclusão, rejeição
	Compreensão da situação vulnerabilidade	Possibilidade de infecção, adoecimento

QUADRO 2 – Quadro analítico dos fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da transmissão vertical do HIV, segundo planos de vulnerabilidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DESCRIÇÃO	VULNERABILIDADE
Fatores de adesão	Cuidado de si	Atos praticados pelas mulheres no cuidado mental, comportamental, clínico para prevenção do adoecimento e manutenção da saúde	Plano individual
	Cuidado do outro	Cuidado familial dos filhos ou do companheiro	Plano social
	Cuidado pelo outro	Rede social que envolve a atenção conjugal, familiar, comunitária e profissional	
Fatores de não adesão	Condições de feminilidade	Trabalho e rendimento; submissão econômica e social; relações de gênero na sociedade e modo de infecção	
	Situação socioeconômica	Aspectos demográficos	
	Acesso às informações e conhecimentos	Por meio do serviço de saúde quando mantém acompanhamento pré-natal, puerperal e puericultura em serviço especializado	
	Silêncio	Negação da infecção, omissão ao companheiro e à família e silêncio social	
	Compreensão da situação de vulnerabilidade	Possibilidade de infecção, adoecimento	
	Preconceito e medo da discriminação	Preocupação constante por medo da rejeição e exclusão no ambiente da família e da comunidade	
	Barreiras no serviço de saúde	Dificuldades encontradas no cotidiano assistencial nos serviços de saúde	Plano programático

A significação que as mulheres dão à vida, antes e depois do diagnóstico, se refere à situação sorológica, às demandas da gestação e às possibilidade de cuidado com sua saúde. Esse ressignificar tem como base alguns valores como a família, o convívio coletivo e a valorização da vida.[11] A religião representa a busca para superar as dificuldades e enfrentar o diagnóstico como fonte de apoio, força, tranquilidade e fé para contornar os problemas. Algumas mulheres se apegam à religião na tentativa de buscar em Deus a cura.[11]

Esse momento de alterações emocionais e físicas para as mulheres, ao gerar uma criança na vigência da infecção pelo HIV, denota que elas precisam lidar com outros conflitos para além da própria gestação.[9] Pode gerar mudanças de comportamento para prevenir o surgimento de doenças oportunistas, como nos hábitos de cuidado com o corpo: dormir mais horas por dia, realizar atividades de lazer e abandonar o uso de drogas que provocam dependência física.[11,13]

Além disso, a negociação para o uso do preservativo é importante para a proteção na vida sexual e para o planejamento familiar. Ainda que as mulheres tenham conhecimento da importância do uso do preservativo, as dificuldades para a concretização nas relações sexuais relacionam-se à baixa autoestima e às baixas condições sociais e econômicas, que potencializam a submissão à autoridade do companheiro.[8-11]

Os atos de cuidado mental e físico contribuem para o cuidado clínico, que inclui a frequência nas consultas de pré-natal; a realização de exames, o conhecimento dos resultados e a compreensão das implicações em sua saúde; a retirada de medicamentos e seu uso durante a gestação, o parto e a oferta ao recém-nascido durante as seis primeiras semanas de vida; a continuidade do acompanhamento de saúde e terapia medicamentosa pelas mulheres no puerpério.[8-16]

A vulnerabilidade, no plano individual, é composta pela suscetibilidade biológica, clínica e comportamental[18] materno-infantil, que se evidenciou como um fator de adesão ao tratamento quando se desenvolve o cuidado de si. No momento da descoberta da soropositividade para o HIV, as mulheres enfrentam uma destruição significativa em todos os aspectos da vida, modificando a estrutura de sua personalidade, seus contatos com o mundo e seus valores.[19] Entretanto, a gestação e a maternidade, adicionadas à situação de soropositividade, tornam esse período mais complexo, composto por uma ambivalência de sentimentos, permeada por culpa, medos, ansiedade e fé.

O apego à religião pode ser considerado um apoio para as mulheres, desde que as crenças não prejudiquem ou interrompam o tratamento. Desse modo, a fé e a esperança de cura podem contribuir para uma melhora no quadro geral das gestantes e para a adesão ao tratamento.[19] Por outro lado, essa fé pode criar falsas expectativas, levando-as a acreditar que estão curadas e interromper o tratamento.[20]

Assim, compreende-se que a descoberta da soropositividade pode levar as gestantes a refletire sobre o

comportamento delas e provocar-lhes mudanças nas atitudes e no cuidado de si e, consequentemente, diminuir-lhes a vulnerabilidade ao adoecimento.[20,21]

Os achados convergentes para o cuidado do outro se referem ao cuidado familial dos filhos ou do companheiro[8-9,11].

As mulheres, ao tomarem conhecimento da soropositividade para o HIV, culpam o companheiro e sentem raiva. Esses sentimentos estão relacionados à impotência por se verem diante de uma situação que lhes parece sem saída.[11] Pela responsabilidade com a saúde do filho, sentem desespero e culpa diante possibilidade da TV. O medo do preconceito e da discriminação se amplia para preocupação com o cotidiano e a inclusão social da criança. O medo da morte está relacionado com a ansiedade e com a incerteza pela orfandade dos filhos, a impossibilidade de criá-los e vê-los crescer.[9,11]

Esses sentimentos podem motivá-las a tomar medidas preventivas para não adoecerem, o que funciona como um estímulo para a sobrevivência. As mulheres demonstraram o significado que os filhos têm para elas e os colocaram como a razão para continuarem se cuidando.[11]

Para cuidar de si e do outro, as mulheres contam com pessoas solidárias à situação de saúde delas, representando a possibilidade de cuidado pelo outro. Nesse sentido, emergiu a atenção social e profissional para proteção de direitos e promoção da saúde, bem como a importância do aconselhamento e do diagnóstico precoce no pré-natal e o seguimento puerperal em serviço especializado com planejamento familiar. Essa atitude de ajuda refere-se à rede social, envolvendo a atenção conjugal, familiar, comunitária e profissional.[10-11,13,15-16]

A atenção conjugal, familiar e comunitária inclui solidariedade, apoio e ajuda nos afazeres domésticos, principalmente nos cuidados com os filhos no dia a dia. A rede de apoio para cuidar dos demais filhos é imprescindível enquanto a mulher estiver ausente para consultas e exames, mantendo seu acompanhamento de saúde no pré-natal e puerpério.[8,10-11]

A atenção profissional remete ao acolhimento e à assistência integral por equipe multiprofissional capacitada, que promova vínculo e apoio para o enfrentamento cotidiano das demandas de saúde de sua condição sorológica e da gestação. Inclui o aconselhamento, o diagnóstico precoce no pré-natal e o seguimento puerperal em serviço especializado, para a proteção de direitos e promoção da saúde.[8-16]

Assim, a vulnerabilidade no plano social se mostra nos aspectos relacionais[18] que revelaram o cuidado do outro e o cuidado pelo outro, nas relações da mulher com as pessoas que podem ajudá-la nas necessidades de sua saúde e do filho.[19,22-24]

Apesar de as mulheres se encontrarem em situação crítica de saúde, o papel de cuidadoras representa seu maior referencial. Enquanto tiverem a possibilidade de cuidar do outro, terão razão para lutar e sobreviver. Até mesmo quando procuram o serviço médico, isso se deve mais por estarem gestantes – cuidado com o bebê – ou pela necessidade de se manterem bem de saúde para cuidar dos filhos. A aspiração de tempo de vida dessas mulheres passa a ser o que for necessário até que seus filhos estejam em condições de assumir seu próprio cuidado.[19,22]

Nesse contexto, reconhece-se que nossa sociedade, muitas vezes, impõe à mulher valores morais em torno do casamento, da maternidade, da família e da harmonia do lar. Assim, como cuidadoras da família e do lar, as mulheres infectadas pelo HIV referem que, mesmo estando doentes, têm de cuidar dos filhos e do marido, que também pode estar infectado.[23,24] O fato de se sentirem com essa responsabilidade de cuidadoras pode ser considerado um estímulo para manterem a saúde, pois torna-se imprescindível que estejam bem para que se mantenha um bom funcionamento familiar.

Vale considerar que as questões de gênero deverão ser discutidas na negociação da adesão à profilaxia, para que a mulher seja autônoma nas suas escolhas e no cuidado de si.[24] Assim, ao considerarmos a rede de apoio social, reportamo-nos à vulnerabilidade social das mulheres, a qual, nesse sentido, pode ser minimizada quando suas relações forem positivas.[18]

Fatores de não adesão e vulnerabilidade no plano social e programático

Nos artigos analisados, a situação socioeconômica se refere aos aspectos demográficos como escolaridade, estado civil, filhos, renda e condições estruturais do domicílio.[8-10,12] Dentre os fatores de não adesão, verificou-se que as gestantes soropositivas ao HIV, em sua maioria, apresentavam baixo índice escolar, com interrupção dos estudos antes de completar o ensino médio e com casos de analfabetismo.[8-10,12,15] Quanto ao estado civil, a maioria das gestantes define-se em união estável, vivendo com o companheiro.[9-10]

De modo geral, as gestantes soropositivas provêm de camadas sociais pouco favorecidas, necessitam de auxílio, como cesta básica e vale-transporte.[8,10,11] A falta de recursos é um fator contribuinte para a não adesão à terapia profilática, pois dificulta o acompanhamento pré-natal e, consequentemente, a realização dos exames indicados e a aquisição dos medicamentos prescritos[5].

Os limites de cobertura efetiva da detecção da infecção do HIV mostram-se mais evidentes nas classes socioeconômicas menos favorecidas, atingindo altos índices entre as mulheres com pouca instrução, habitantes das regiões menos desenvolvidas e em municípios de pequeno porte.[12] Essa lacuna constitui uma oportunidade perdida de intervenção na gestante soropositiva e, consequentemente, na redução da TV do HIV.

Nesse sentido, a vulnerabilidade no plano social compõe não somente os aspectos da vida das mulheres no coletivo, mas também seu acesso aos bens de consumo.[18] Ou seja, os fatores de não adesão associaram-se aos aspectos

econômicos, socioculturais, políticos e comportamentais, influenciando a efetividade do comprometimento das gestantes com o tratamento profilático.

As dificuldades advindas da situação socioeconômica desfavorecida das gestantes que têm HIV repercutem no acesso das gestantes aos serviços de saúde e, consequentemente, no acompanhamento e no tratamento. Essas dificuldades também interferem no acesso aos serviços de educação, no rendimento escolar e na continuidade dos estudos e, consequentemente, influem na capacidade da gestante de obter informações, compreendê-las e efetivamente aplicá-las em seu cotidiano. Outro resultado das dificuldades socioeconômicas está na inserção no mercado de trabalho, repercutindo na renda familiar e, muitas vezes, na dependência e submissão da mulher ao companheiro.[8,10-12]

Então, somadas a essas questões estão as condições de feminilidade, que se referem ao trabalho e rendimento, submissão econômica e social, relações de gênero na sociedade e modo de infecção.[8-12]

O trabalho remete à ocupação das mulheres, que mostra um acúmulo de funções dentro e fora do lar.[9] Essa situação aumenta a exposição das mulheres a uma sobrecarga de atividades que geram desgaste físico e emocional, do qual comumente não podem escapar pela necessidade financeira da família e pela dependência de cuidado de seus filhos.

O rendimento de suas atividades evidencia baixa remuneração ou ausência no caso de serem do lar.[8-11] Isso repercute em uma dependência financeira do companheiro e submissão social evidenciada como fraqueza, passividade e falta de perspectiva.[8]

Essa situação é reforçada pela perspectiva de gênero, na qual socialmente as mulheres são associadas ao sentimentalismo, à carência e à imaturidade afetiva, enquanto os homens se encaixam no padrão da masculinidade da representatividade de força, atividade, dominação e racionalidade. Embora seja constante a luta feminista pelos direitos das mulheres e igualdade social, os homens ainda mantêm a soberania na família. Isso remete a situações de violência psicológica, doméstica e/ou sexual, representando a condição de opressão a que essas mulheres estão submetidas.[8-9]

Nessa perspectiva, a exposição à infecção pelo HIV acontece basicamente por meio de relações sexuais sem preservativos com parceiros com quem mantêm ou mantiveram relação estável.[9,11,15] Tais achados nos remetem à vulnerabilidade social, evidenciados nos elementos, associados à vida das mulheres.

Percebe-se a presença de condicionantes tanto de masculinidade como de feminilidade – por exemplo, na norma sexual apreendida. Nesta, cabe às mulheres se ocuparem com sua saúde reprodutiva, com o uso de anticoncepcional e com a possibilidade da gravidez precoce ou indesejada; aos homens cabe provar a sua masculinidade e, diante disso, poderá ser o uso do preservativo um empecilho.[24]

À medida que a epidemia da infecção pelo HIV se expandia entre a população feminina, várias análises realizadas salientavam que a forma pela qual as relações de gênero se encontravam estruturadas definia o contexto de vulnerabilidade da população feminina: a assimetria de poder, particularmente reveladora nas experiências sexuais e afetivas, e as desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas, como o menor acesso da mulher à educação e ao emprego, baixos salários e dupla jornada de trabalho.[25]

As relações desiguais de poder e a dependência econômica limitam o acesso às informações adequadas e atualizadas.[18,23] Adiciona-se o fato de não se sentirem vulneráveis, sobretudo quando cumprem o papel que a sociedade espera delas, a monogamia e a dedicação ao trabalho doméstico.[24]

As mulheres vivem seu cotidiano influenciadas por valores de padrões culturais que as colocam como responsáveis por uma multiplicidade de papéis sociais: mães, esposas, filhas, profissionais, dentre outros. Esse aglomerado de papéis, juntamente com a ênfase da sua função como cuidadoras, pode fazer com que elas negligenciem os cuidados com a própria saúde, aproximando-se da possibilidade de se infectarem pelo HIV ou, quando já está infectadas, aproximando-se da vulnerabilidade ao adoecimento ou à TV do HIV.[19,22]

Além disso, verifica-se, nos achados, o acesso às informações e o conhecimento que surge por meio do serviço de saúde durante o diagnóstico de HIV prévio à gestação em questão, o acompanhamento pré-natal, puerperal e puericultura em serviço especializado, bem como pela mídia (revista, jornal, cartaz, folder, rádio, televisão) e pelos pares em grupos no serviço de saúde, ONG, comunidade ou família.[8,10-11,13,15-16]

Verificaram-se duas situações: por um lado, mulheres com pouca ou nenhuma informação sobre a infecção pelo HIV no momento da descoberta da soropositividade e, por outro lado, mulheres que demonstram possuir informações sem que essas impliquem o cuidado à saúde. A falta de acesso às informações sobre a infecção pode criar expectativas errôneas relativas à prevenção da transmissão do vírus, evolução clínica e tratamento da doença.[10] Consequentemente, pode aumentar a possibilidade de adoecimento, uma vez que dificulta a compreensão dos danos para a sua saúde e a efetivação de mudanças de comportamento.[8,11]

A ineficácia das informações sobre a prevenção também pode ser o resultado do medo da aids, que é reproduzido socialmente e vivido pelas pessoas soropositivas ao HIV, causando-lhes ansiedade, culpa e estresse.[10]

Há necessidade de buscar outros espaços de promoção da educação sexual da população nos próprios serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, nas múltiplas possibilidades da mídia e na comunidade, atendendo à população em geral nas diferentes faixas etárias e, especificamente, gestantes, mulheres soropositivas e seus pares.[8]

Essas desigualdades de acesso às informações e conhecimento referem-se à vulnerabilidade social das gestantes, que possui nexos com o menor acesso à educação e ao trabalho assalariado e implica tornarem-se mais dependentes dos homens.[26] No entanto, a adesão às medidas profiláticas à infecção pelo HIV não depende exclusivamente do conhecimento e da vontade de cada pessoa. Relaciona-se, também, à sua capacidade de assimilar e, especialmente, compreender as informações, com o acesso aos recursos que permitem a sua prática e com a possibilidade de aderir ao tratamento.[22]

Por outro lado, o trabalho preventivo, no que diz respeito à vulnerabilidade relacionada à falta de conhecimento sobre a infecção pelo HIV, não se deve resumir apenas em transmitir informação técnica. Deve contribuir de forma a possibilitar que as pessoas possam identificar as próprias necessidades e disponibilizar efetivamente o conhecimento na forma em que elas desejarem e puderem usar, para que possam se proteger e aos outros da epidemia.[21]

Diante desse contexto, muitas mulheres tomam conhecimento da sua soropositividade durante a gestação por meio da realização do exame sorológico de caráter compulsório no pré-natal.[8-16] Algumas mulheres têm diagnóstico de HIV prévio à gestação em questão.[9-10] Percebe-se que o fato de se ter uma epidemia estigmatizada, as mulheres, ao descobrirem o resultado positivo, muitas vezes apresentam como reação o silêncio.[8-10]

As mulheres mantêm o comportamento cotidiano para não transparecer a doença. Mudar de atitude e comportamento também pode desestruturar a família, pois pode fazer emergir conflito do casal, culpabilidade e problemas relacionados à sexualidade. Por isso, as mulheres encontram dificuldades em revelar ao companheiro e à família, omitindo o diagnóstico.[8-10] Nesses casos, a família pode vir a descobrir a soropositividade da mulher na ocasião do parto ou pela não amamentação.[10]

Esse silêncio está associado ao estigma da doença atribuído à própria construção social da aids estreitamente ligada à morte pelo caráter incurável e assustador. A aids era uma situação que se encontrava relacionada com grupos de risco, considerados discriminados e marginalizados – por exemplo, as prostitutas, os usuários de drogas injetáveis e os homossexuais[27] –, desencadeando o preconceito e a discriminação. Os trabalhos analisados reconhecem a influência desses fatores na vida das pessoas, os quais desencadeiam o preconceito e o medo da discriminação, relacionados com a preocupação constante da rejeição e exclusão no ambiente da família e da comunidade.[8-10]

Crenças e interpretações morais, no que diz respeito à sexualidade, foram instituídas para explicar a origem da situação que causou a infecção. Esse pensamento da sociedade acabou apontando a pessoa infectada como culpada e responsável pela sua situação de soropositividade, uma vez que seu estilo de vida rompeu com os comportamentos socialmente aceitáveis; assim, a doença reafirma seu caráter de pena e castigo.[27]

O preconceito e a intolerância estamparam-se nos discursos reacionários em que se forma o aidético, categoria única, indivisível e, principalmente, separada da sociedade, das pessoas, dos seres humanos. Ele é um inimigo condenado à morte física, considerado sem utilidade para o desenvolvimento social. É retirado dele o direito de ser cidadão.[28]

As mulheres relatam ter vivências de discriminação e experiências contadas por outras mulheres que viveram atitudes de preconceito com elas próprias e/ou com seus filhos. Essa preocupação pode ser observada, por exemplo, pelo medo de que os vizinhos comentem que existe alguém soropositivo na sua família, resultando no silêncio social como um limite à adesão à terapia profilática.[8-10] Isso desencadeia sua vulnerabilidade no plano social.

Somada ao silêncio, ao preconceito e à discriminação, tem-se a compreensão da situação de vulnerabilidade como mais um obstáculo ao tratamento profilático. Apesar da expansão do número de casos notificados de aids na categoria de exposição heterossexual, grande parte das mulheres não se sente sob risco de infecção.[8-9,11-12] Consideram uma possível infecção pelo HIV como distante e inacessível.[29] Esse pensamento relaciona-se à falta de conhecimento sobre o processo de infecção; ao pensamento de que as pessoas que são prováveis fontes da infecção estão distantes da vida delas; à crença da impossibilidade de que possam penetrar no ambiente familiar doenças por vezes mencionadas como doenças do mundo.

Pensar a aids como uma situação que só atinge outras pessoas viabiliza a circulação da epidemia de forma silenciosa e sutil, só se tornando verídica quando transformada em um mal irreparável.[29] Esse modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV, não aderindo às medidas preventivas recomendadas.[23,24]

Além disso, as mulheres, por não quererem colocar em dúvida uma relação estável e conveniente para elas, ainda hoje têm a preocupação de serem cotadas como infiéis por quererem usar o preservativo, o qual, historicamente, está ligado à ideia da infidelidade, tornando, por isso, seu uso vergonhoso para as mulheres de família.[30] Assim, esse será um fator que aumenta a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV.

Nesse sentido, há necessidade de discutir com as mulheres formas seguras de se protegerem da infecção pelo HIV. Fazem-se necessárias práticas educativas e emancipatórias com mulheres e homens na busca do exercício da sexualidade que provoque mudanças comportamentais.[31]

Na análise dos artigos em questão, surgem as barreiras no cotidiano assistencial dos serviços de saúde.[8-10;12-16] Dadas as desigualdades de acesso e à baixa qualidade da assistência pré-natal, um considerável grupo de mulheres é exposto à falha na detecção precoce da infecção. Isso acontece mesmo com mulheres que iniciaram o pré-natal

no primeiro trimestre da gestação e mantiveram seis ou mais consultas conforme o recomendado, mas ocorre, principalmente, com aquelas que tiveram pelo menos uma consulta.[8-16]

Assinale-se que há casos em que gestantes, apesar de diagnosticadas, recebem AZT tardiamente e/ou não o recebem injetável desde o início do trabalho de parto. Por vezes, saem da maternidade sem receber a solução oral para o recém-nascido.[16]

Outra dificuldade para manutenção do acompanhamento pré-natal é a deficiência de transporte que as gestantes enfrentam ou as dificuldades financeiras para tal. Alguns auxílios são oferecidos pelo próprio serviço de saúde, a fim de promover o comparecimento da gestante nas consultas[8,10].

Outros fatores contribuem para a não realização das consultas periódicas e, consequentemente, para a não adesão ao protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, tais como a disponibilidade insuficiente de exames na rede, a demora na entrega dos resultados laboratoriais e as dificuldades para obtê-los.[12]

A falta de informações sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na redução da TV do HIV também dificulta o desenvolvimento das ações de assistência às gestantes e de profilaxia. Além disso, ocorrem falhas na comunicação do profissional de saúde com a gestante.[8,12] Há fragilidades na organização do serviço de saúde, como carência na prática de avaliação, possibilitando rever a estrutura, a administração, o processo de trabalho e as ações na prática assistencial cotidiana.[16]

Existem as contradições no direito à vida sexual e reprodutiva diante da soropositividade. Não se deve questionar o direito dessas mulheres à maternidade, mas, sim, se elas estão tendo o direito à prevenção e ao planejamento de sua vida reprodutiva. O objetivo é evitar as gestações não planejadas. No entanto, encontram-se limites no atendimento às demandas contraceptivas, já que o planejamento familiar é função da assistência primária.[9-11]

Tais fatores reportam à vulnerabilidade no plano programático, o qual é estruturado pelos programas de saúde para atender às demandas da epidemia de HIV/AIDS – aqui se especifica a situação de gestação e soropositividade.[18] A vulnerabilidade programática relaciona-se com a implantação e a implementação de programas e diretrizes da política pública de prevenção e de assistência.

Preconiza-se a adoção de intervenções que englobem o cuidado integral, focalizando a mulher em todas as suas dimensões, não apenas direcionada para sua saúde reprodutiva. Assim, é essencial que as práticas no âmbito da saúde da mulher sejam articuladas e que não ocorram de forma isolada.[4-6]

Constata-se que, em termos de legislação e de diretrizes, a Política Pública do Ministério da Saúde, no que diz respeito à infecção do HIV/aids, encontra-se bem fundamentada. Isso não é novidade, visto que, em 2002, o Brasil foi reconhecido mundialmente como um expoente em termos de prevenção.[4-6] No entanto, existem lacunas no momento da sua operacionalização.[18-19,24,31]

Observa-se que é marcante a vulnerabilidade no plano programático, quando o foco são as instituições com ações de controle da TV do HIV,[31] que surge em decorrência de problemas de natureza organizacional, tais como: obstáculos para acesso ao atendimento, independentemente de ser a primeira consulta ou seguimento; desvalorização do trabalho educativo; demanda reprimida para diagnóstico laboratorial; e falta de articulação entre as diversas atividades que compõem o conjunto das ações programáticas. Diante disso, deve-se evitar a fragmentação das intervenções e a dissociação das várias dimensões da saúde reprodutiva feminina.

Assim, para que seja possível a realização de determinadas ações, os profissionais de saúde dependem da colaboração de vários setores de saúde, tais como exames laboratoriais, dispensação de medicamentos, assistência social e psicológica, serviços de enfermagem, dentre outros[4-6]. No entanto, verifica-se que existem falhas no sistema de saúde que impossibilitam a continuidade da prestação de cuidados por parte dos profissionais, dificultando, dessa forma, a adesão à terapia profilática na prevenção da TV do HIV.[18-19,24,31]

CONCLUSÃO

Destacando a política de prevenção do HIV, especificamente as ações de profilaxia da TV, nesta pesquisa foram evidenciados alguns fatores que favorecem e dificultam a adesão à terapêutica. Como fatores de adesão destacaram-se o cuidado de si no plano individual e o cuidado do outro e pelo outro no plano social. Como fatores de não adesão, no plano social, evidenciaram-se a situação socioeconômica, a condição de feminilidade, o acesso às informações e conhecimentos, o silêncio, a compreensão da situação de vulnerabilidade, o preconceito e o medo da discriminação. No plano programático, evidenciaram-se as barreiras no serviço de saúde.

Faz-se importante compreender a dificuldade das mulheres no cuidado de si, a necessidade de cuidado do outro, seja filho, seja marido, e a importância do apoio em ser cuidada pelo outro, no espaço social ou no assistencial. É imprescindível ao profissional de saúde realizar uma abordagem integral, levando em conta as especificidades vividas pela mulher em seu cotidiano. Essa abordagem possibilita a promoção do empoderamento, com o objetivo de dar possibilidade para cuidar de si e facilitar a adesão à terapia e, assim, reduzir os riscos para si e para o seu filho.

Ao analisar os fatores relacionados com a não adesão à terapia profilática na prevenção da TV do HIV, foi possível compreender a multidimensionalidade da vulnerabilidade das mulheres. O cotidiano delas é influenciado pelas diferenças socioeconômicas, pelas

condições de feminilidade, pelo preconceito pelo silêncio, além das barreiras que enfrentam nos serviços de saúde para o atendimento pré-natal e planejamento familiar. Isso implica, também, a compreensão da sua situação de vulnerabilidade e as atitudes de cuidado com a sua saúde e do filho.

Visando minimizar as vulnerabilidades das gestantes e dos recém-nascidos, prima-se por ações de universalidade, equidade e integralidade que contemplem as mulheres na situação da gestação e da soropositividade ao HIV não somente em sua suscetibilidade biológica materno-fetal, mas também nos aspectos econômico, sociocultural, político e comportamental. É importante que sejam contemplados aspectos de desenvolvimento de ações educativas e de saúde, imbricadas em uma política pública reconhecidamente eficaz.

Cientes desses fatores, foi possível compreender que, para atender às demandas da prevenção da TV do HIV, faz-se imprescindível o trabalho em equipe e em redes com a articulação intra e intersetorial em todos os níveis de atenção à saúde, pautado por ações interdisciplinares.

Acredita-se que, assim, tenha-se a possibilidade de alcançar a implementação eficaz da profilaxia da transmissão vertical do HIV e compreender os nexos com a adesão à terapêutica como um processo multifatorial que inclui não somente aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais ligados à rede social da pessoa, como também aspectos que se relacionam à rede institucional de saúde, na qual, especialmente, requerem-se acolhimento e vínculo entre a pessoa que vive com HIV e a equipe, para se chegar à possibilidade de decisões compartilhadas e corresponsabilizadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

3. Brito AM, Souza JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40(supl): 18-22.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Nacional de DST AIDS. Projeto Nascer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

7. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.

8. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. Rev Bras Enferm 2007; (60)5: 519-23.

9. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALF, *et al*. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; (6)3: 329-34.

10. Vaz MJR, Barros SMO. Gestantes infectadas pelo HIV: caracterização e diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2002; (15)2: 9-17.

11. Costa MS, Silva GA. Gestante HIV positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. REME - Rev Min Enferm. 2005; (9)3: 230-6.

12. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saúde Pública. 2004; (38)6: 764-72.

13. Vaz MJR, Barros SMO. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. Rev Latinoam. Enferm. 2000; (8)2: 41-6.

14. Neves FRAL, Passos ADC, Gueleri WL. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. Rev Saúde Pública. 1999; (33)6: 624-5.

15. Nishimoto TMI, Neto JE, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Rev Assoc Med Bras. 2005; (51)1: 54-60.

16. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de TV do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; (5)4: 483-92.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

18. Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I, Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: EdUFSM; 2006. p. 43-62.

19. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento à soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP; 2003.

20. Costa MS, Silva GA. Gestante HIV positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. REME - Rev Min Enferm. 2005; 9(3): 230-6.

21. Ayres JRCM, França Júnior I, Junqueira G, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizador. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

22. Padoin SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/aids: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis 2006; 18(4): 241-6.

23. Santos N, Filipe EMV, Paiva V, Buchalla CM, Bergamaschi DP. Saúde reprodutiva e sexualidade em mulheres HIV positivas. Jornal brasileiro de AIDS 2003; 4(1): 29-37.

24. Padoin SMM, Souza IEO. O desafio de prevenir a transmissão do HIV na mulher: políticas públicas e as circunstâncias individuais e sociais. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, organizador. Aids: o que ainda há para ser dito? Santa Maria: EdUFSM; 2007. p. 69-95.

25. Nascimento AMG, Barbosa CS, Benedito M. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(1): 77-86.

26. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Rev Salud Pública de México. 2002; 44(6): 554-64.

27. Almeida MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(1): 263-74.

28. Darde VWS. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. Rev Em Questão. 2004; 10(2): 247-59.

29. Nascimento AMG, Barbosa CS, Benedito M. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(1): 77-86.

30. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6(11): 25-38.

31. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2002; 2(2): 157-65.

Data de submissão: 23/9/2009
Data de aprovação: 13/5/2010

PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO: UMA REFLEXÃO

A REFLEXION ON THE EMOTIONAL SUPPORT DURING CHILDBIRTH

REFLEXIÓN SOBRE LA PRESENCIA DEL ACOMPAÑANTE DURANTE EL PARTO

Jaqueline de Oliveira Santos[1]
Camila Arruda Tambellini[2]
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira[3]

RESUMO

Historicamente, o processo de parturição transcorria naturalmente, sendo cuidado pela parteira e cercado pela família. A inserção da medicina culminou na patologização e na institucionalização do parto, a mulher passou a ser admitida no hospital e o acompanhamento foi excluído da prática assistencial. Evidências científicas recentes demonstram que medidas de conforto físico e emocional auxiliam no desencadeamento do parto, diminuindo-lhe a duração e a necessidade de intervenções. Com base nas evidências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, que foi fortalecida em 2005 pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pelo Congresso Nacional brasileiro, que garante o direito de um acompanhante escolhido pela mulher, durante seu processo de parturição, nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, poucas instituições incorporaram essa prática na sua rotina. O objetivo com este material é proporcionar reflexões sobre os benefícios da inserção do acompanhante no trabalho de parto e o respeito à individualidade feminina, para garantir maior segurança e satisfação dos pais no nascimento do novo membro da família. É primordial que sejam reconhecidas as evidência científica e a mudança de comportamento dos profissionais e das instituições de saúde para que haja respeito aos direitos das mulheres e à singularidade de cada nascimento.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Acompanhantes de Pacientes; Parto; Humanização do Parto.

ABSTRACT

Traditionally the process of childbirth happened naturally. The labouring women were cared for by midwives and were surrounded by their family. The pathologization and hospitalization of childbirth eliminated from the healthcare practice the personal support and companionship to women in labour. Scientific evidence demonstrates that comfort measures and emotional support help to trigger the labour, to reduce its length and it lessens the need for interventions. Based on these facts, the World Health Organization (WHO) and the Brazilian Ministry of Health recommend the presence of a childbirth helper or doula during delivery. This recommendation was regulated by Decree n. 11.108 dated from the 7th of April 2005 and voted by the Brazilian National Congress. It guarantees the women's right to a helper of their own choosing during childbirth in any Public Health System hospital. And yet only a small number of hospitals incorporate this practice. This study's purpose is to reflect on the advantages of a doula during labour and the respect for the labouring women's individuality so as to ensure a safe delivery and the parents' satisfaction on the birth of a new family member. It is essential to acknowledge the scientific evidence, to change the professionals' approach to childbirth, and the current hospital procedures respecting thus the labouring women's rights and the uniqueness of each birth.

Key words: Women's Health; Patient Companion; Childbirth; Humanization of Birth.

RESUMEN

Históricamente, el proceso de parto ocurría espontáneamente, a cargo de la partera y rodeado de la familia. Con la patologización y la institucionalización del proceso de parto, la mujer es ingresada en el hospital y el acompañante excluido de la práctica asistencial. Evidencias científicas recientes demuestran que medidas de confort físico y emocional ayudan a provocar el parto, reduciendo su duración y la probabilidad de intervenciones. En base a las evidencias, la Organización Mundial de Salud y el Ministerio de Salud de Brasil recomiendan la presencia del acompañante durante el trabajo de parto. Esta recomendación se consolida con el decreto no 11.108 del 7 de abril de 2005 votado por el Congreso Nacional Brasileño. Este decreto garantiza a la mujer el derecho a un acompañante elegido por ella durante el parto en los hospitales del Sistema Único de Salud. Sin embargo, son pocos los hospitales que han incluido esta práctica en su rutina. Este estudio busca reflexionar sobre los beneficios de la inclusión del acompañante en el proceso de parto y el respeto a la individualidad femenina, para garantizar mayor seguridad y satisfacción a los padres en el nacimiento del nuevo integrante de la familia. Para que se respeten los derechos de las mujeres y la singularidad de cada nacimiento es fundamental que se reconozca la evidencia científica y que haya un cambio en el comportamiento de los profesionales de salud y, asimismo, en las instituciones.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Acompañantes de Pacientes; Parto; Humanización del Parto.

[1] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Endereço: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Paulista. Rua Apeninos, 267, CEP 01533-000, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: jaquesantos@usp.br.

[2] Enfermeira pela Universidade de São Paulo (USP). Aluna do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina (FASM), São Paulo, Brasil. Endereço: Rua Juaçaba, 516. Itaquera, São Paulo-SP. CEP 08246-066. E-mail: camilaartam@yahoo.com.br.

[3] Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. CEP 05403-000. São Paulo, SP. E-mail: soniaju@usp.br.
Endereço para correspondência – Rua Apeninos, 267, Aclimação – São Paulo-SP. CEP: 01533-000.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a experiência de dar à luz era compartilhada somente entre as mulheres e agregava inúmeros significados culturais, possibilitando-lhes apenas conversar livremente sobre o assunto, identificando-se umas com as outras em suas experiências e preocupações.[1] O parto acontecia fisiologicamente, no domicílio da parturiente, que era acompanhada pela família e cuidada pela parteira, que além de prestar assistência ao parto, também fornecia apoio físico e conforto emocional.[2,3]

Esse cenário foi evidenciado, na Europa, até o século XVII e, no Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos das parteiras durante todo o século XIX. No entanto, no início do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, as mulheres-mães, começaram a introjetar a necessidade da medicina e da crescente tecnologia para assegurar um bom desfecho do nascimento.[3-5]

A consolidação da hegemonia médica veio acompanhada pela institucionalização do parto e pela introdução de uma série de práticas com a finalidade de intervir, monitorar e controlar a gravidez e o nascimento. O domínio de técnicas ampliou as possibilidades de intervenção, abrindo caminho para a inclusão de normas e procedimentos realizados rotineiramente, planejados para atender às necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes.[3,5]

O corpo da mulher transformou-se em propriedade médica e institucional e o parto tornou-se essencialmente problemático, seguindo um modelo assistencial caracterizado pelo uso exagerado da tecnologia, pelo intervencionismo e pela impessoalidade.[4] O acompanhamento durante o parto, realizado antigamente pelos familiares ou pela parteira com a finalidade de fornecer apoio emocional e suporte psicológico, foi classificado pela obstetrícia como indesejado e, consequentemente, eliminado.

As parturientes, quando admitidas no ambiente hospitalar, além do risco de sofrer intervenções desnecessárias e arriscadas, permanecem isoladas nas salas de pré-parto ou de parto, longe de alguém conhecido ou de sua confiança, cercadas por equipamentos técnicos e assistidas por profissionais de saúde frequentemente desconhecidos e sem nenhum tipo de apoio emocional.

No final do século XX, o descontentamento das mulheres em razão da apropriação do corpo feminino pela obstetrícia estimulou mundialmente a luta do movimento feminista, que deu início ao movimento em prol da humanização da assistência ao parto. O objetivo principal desse movimento foi promover o cuidado à saúde da mulher, centralizado nas necessidades de cada uma e fundamentado em evidências científicas para garantir à mãe e à criança uma assistência segura, com o mínimo de intervenções.[6]

O movimento das mulheres pelo protagonismo na assistência ao parto impulsionou o interesse da comunidade científica pelo desenvolvimento de pesquisas clínicas para subsidiar o retorno do apoio emocional e psicológico oferecido à parturiente durante o trabalho de parto.

O objetivo com este texto é proporcionar reflexões sobre a necessidade da incorporação da presença do acompanhante durante o processo de parturição na prática clínica assistencial, em razão das vantagens e dos benefícios relacionados ao conforto físico e apoio emocional, constatados em evidências científicas.

AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O APOIO EMOCIONAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A questão do apoio emocional durante o trabalho de parto surgiu com mais força na literatura científica a partir a década de 1980, quando os primeiros ensaios clínicos destinados a avaliar o efeito do suporte à mulher foram realizados na Guatemala, tendo mulheres leigas como protagonistas desse cuidado.[7]

A publicação do ensaio clínico conduzido por Hodnett e Osborn, no Canadá, em 1989, é que efetivamente incentivou o trabalho de outros pesquisadores para evidenciar os benefícios da presença de um acompanhante durante o processo de parturição. Nesse estudo, os autores demonstraram que uma gestante de baixo risco que teve seu primeiro filho em um hospital universitário foi atendida por 16 profissionais diferentes durante seis horas de trabalho de parto, e ainda assim foi deixada isolada durante a maior parte do tempo.[8]

Na década de 1990, foram publicados, em revistas internacionais, seis ensaios clínicos randomizados para avaliar os efeitos do suporte provido pelo acompanhante durante o processo de parturição[9]. Ensaio clínico randomizado realizado na África do Sul, em 1991, demonstrou que as mulheres do grupo controle, que não receberam o apoio emocional, relataram que tiveram mais ansiedade e dor durante o parto, enquanto as mulheres do grupo experimental tiveram facilidade em assumir a maternidade e bom desempenho no cuidado ao recém-nascido, além de apresentar maior índice de aleitamento materno.[10]

Em outro ensaio clínico desenvolvido com 189 nulíparas, para avaliar a relação entre depressão puerperal e o apoio recebido durante o trabalho de parto, demonstrou-se que as mulheres que receberam o suporte apresentaram um escore médio de autoestima mais elevado e um escore médio de ansiedade e de depressão pós-parto menor do que as mulheres que não receberam o cuidado.[11]

Em estudo de meta-análise para avaliar os efeitos do apoio contínuo no parto em primíparas, analisando sete ensaios clínicos publicados entre 1965 e 1995, evidenciou-se a redução de 2,8 horas da duração do trabalho de parto (IC 95% de 2,2-3,4) nas mulheres que receberam o suporte. Esse procedimento aumentou a possibilidade do parto vaginal espontâneo (RR 2,01; IC 95% 1,5-2,7), reduziu a frequência de uso de ocitócito,

fórcipe e cesariana, além de aumentar a satisfação das mulheres com o processo de parturição.[12]

Em 2000, foi lançada, por um grupo de pesquisadores incentivados pela Biblioteca Cochrane, uma importante publicação analisando sistematicamente os estudos que abordavam a atenção à gravidez e ao parto, editada em português em 2005.[9] Nesse trabalho, também foram analisados os meios de suporte envolvendo conforto físico e apoio emocional às parturientes, promovidos pelo profissional de saúde, pelas doulas (acompanhantes de parto profissionais, responsáveis pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto) ou por indivíduos conhecidos da mulher, como o cônjuge, amigos ou familiares.[9]

Segundo os autores da publicação, praticamente não existem pesquisas sobre a presença de homens, maridos e parceiros durante o parto, e os poucos estudos publicados, em sua maioria observacionais, estão limitados por amostras pequenas ou de autosseleção.[9] É primordial a realização de mais pesquisas clínicas que envolvam o parceiro como prestador de suporte emocional para que as dúvidas sejam sanadas e para que seja estimulada sua presença no nascimento do seu filho.[9]

O papel das doulas foi avaliado por 14 estudos controlados randomizados realizados em diversos países, envolvendo mais de 5 mil mulheres. A presença contínua delas, embora sem vínculo prévio com a parturiente, foi associada à redução da necessidade do uso de medicação para alívio da dor, cesariana, parto vaginal cirúrgico e índice de Apgar inferior a sete no quinto minuto. Outros estudos evidenciaram que a presença dessas profissionais aumenta a probabilidade de a mulher sentir-se satisfeita com seu próprio processo de parturição, vivenciando-o satisfatoriamente.[9]

Um ensaio clínico randomizado realizado no México, em 1998, avaliando o suporte oferecido pela doula obteve uma frequência de amamentação exclusiva um mês após o parto significativamente maior no grupo que recebeu seu apoio (RR 1,64; IC 95% 1,01-2,64) e uma redução no período de duração do trabalho de parto (4,56 horas *versus* 5,58 horas; RR 1,07) quando comparado com o grupo sem o cuidado. Entretanto, não houve efeito nas intervenções obstétricas, na ansiedade materna, na autoestima, na percepção da dor, na satisfação das mulheres ou nas condições dos recém-nascidos.[13] Uma revisão da literatura inglesa sobre a temática sugere que os achados relacionados à medicação e ao estado de saúde do bebê ainda são inconclusivos, devendo ser mais bem elucidados.[14]

Em 2007, foi publicada uma nova revisão sistemática sobre o apoio contínuo para as mulheres durante o parto, com o objetivo de avaliar os efeitos, para mães e bebês, do suporte contínuo no nascimento comparando com a atenção obstétrica habitual. Foram incluídos nessa revisão 15 ensaios clínicos controlados randomizados, realizados em 11 países, com a participação de 12.791 mulheres. As parturientes que experimentaram apoio individual contínuo foram mais propensas a dar à luz sem o uso de analgesia ou anestesia, com menor risco de submeter-se ao parto cesáreo ou ao parto vaginal instrumental e menor chance de insatisfação com sua experiência do parto. No estudo, concluiu-se que o apoio contínuo durante o trabalho de parto deveria ser uma regra, e não exceção, sugerindo que as instituições de saúde deveriam permitir a todas as mulheres a presença de um apoio durante todo o parto.[15]

Em outra revisão sistemática, também publicada em 2007, incluíram-se dois estudos controlados, aleatórios, um realizado no Reino Unido e o outro na Austrália, com a participação de 1.815 mulheres, desta vez com o objetivo de comparar a continuidade da assistência na gestação, parto e puerpério realizada pelo mesmo profissional ou equipe, com o cuidado promovido por diversos cuidadores. Demonstrou-se que, no pré-natal, as mulheres que receberam assistência contínua do mesmo profissional tiveram menor chance de ser internadas e de faltar nas consultas, maior aderência aos programas de educação, sentiram-se mais capazes de discutir suas preocupações e mais preparadas para o parto. No parto, elas tiveram menor necessidade de receber analgesia ou anestesia, de sofrer intervenções e de ter bebês que necessitassem de ressuscitação. Dessa forma, tiveram maior controle sobre o próprio corpo e sentiram-se mais capacitadas para cuidar do seu bebê. Os autores concluíram que a continuidade dos cuidados na gestação, no parto e no puerpério é benéfica, entretanto, não ficou claro se tais benefícios são devidos à continuidade do cuidado ou ao profissional que presta a assistência. Sugerem que é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas clínicas para sanar essa dúvida.[16]

As pesquisas demonstram que a satisfação da mulher no parto está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia, pois a presença de estranhos e o isolamento das pessoas queridas no trabalho de parto estão diretamente relacionados com o aumento do medo, do estresse e da ansiedade, retardando o progresso do parto.

Conclui-se que medidas de conforto físico e emocional beneficiam mãe e bebê, pois reduzem o desconforto e a insegurança sentidos pela parturiente, auxiliam no desencadeamento do parto, diminuem sua duração e reduzem a probabilidade de intervenções.

ESTÍMULO À PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PARTO NO BRASIL

Com base nos achados da evidência científica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, um guia prático para assistência ao parto normal, no qual classificou o apoio empático fornecido pelos prestadores de serviço e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes no parto como uma prática útil e que deve ser estimulada.[7]

No Brasil, as evidências científicas deram início às propostas para o estímulo à humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, como também pelo direito de a parturiente ter um acompanhante de sua escolha.

Uma das iniciativas para a implementação dessa conduta foi a instituição do Prêmio Galba de Araújo pelo Ministério da Saúde, em 1999, que reconhece os esforços dos profissionais de saúde atuantes em instituições públicas ou privadas que integram a rede Sistema Único de Saúde (SUS) para manter uma prática obstétrica mais humanizada e menos intervencionista.

Campanha nacional em prol do respeito ao direito da presença do acompanhante no parto também foi lançada em 2000, pela Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) com o apoio de outras instituições, como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras, e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo.[6]

Para fortalecer tais iniciativas, o Ministério da Saúde publicou, em 2001, fundamentado na ciência e nas recomendações da OMS, o manual *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher,* no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento ou suporte psicossocial durante o trabalho de parto.[17]

Como resultado dessas mobilizações, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo atual Presidente da República Federativa do Brasil a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença do acompanhante para a mulher em trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS.[18] Com tal regulamentação, a parturiente passou a ter o direito de escolher um acompanhante, que pode ser o companheiro, um(a) familiar ou um(a) amigo(a), para estar presente durante o parto e no pós-parto, em âmbito nacional.

Nos dias atuais, um número reduzido de mulheres tem conhecimento ou é informado sobre o direito da presença do acompanhante durante a gestação e parto. Soma-se, ainda, o fato de que, geralmente, os profissionais de saúde possuem receio e ideias negativas preconcebidas quanto ao acompanhante, por isso poucas maternidades brasileiras incorporaram essa prática em sua rotina, e, dessas, apenas algumas estão adequando a área física para possibilitar a permanência do acompanhante.[19]

Vivências positivas da conduta já foram relatadas no Brasil. Uma das experiências pioneiras foi apresentada pelo Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, que implantou, em 1997, o projeto "Doula Comunitária", formado por mulheres da própria comunidade recrutadas e treinadas para exercer voluntariamente o papel de acompanhante da mulher no trabalho de parto, parto e puerpério. O trabalho repercutiu favoravelmente na comunidade, sendo divulgado pela imprensa falada e escrita, obtendo uma média de 70% de acompanhamento no parto ocorrido no hospital, seja por doulas, seja por familiares.[20]

Em pesquisa analisando a experiência vivenciada pelo casal, mulher e companheiro, que participam do processo do nascimento em um hospital do interior de São Paulo, demonstrou-se que ambos se sentem satisfeitos com o evento, relacionando sua participação com a confiança e a tranquilidade para a parturiente e com a melhora do vínculo familiar.[21] Tais achados coadunam com os encontrados em outro estudo, em que também foram apontados sentimentos paternos positivos gerados pela conduta.[22]

Em uma pesquisa qualitativa para descrever a percepção de profissionais de saúde em prestar assistência à parturiente na presença do acompanhante escolhido por ela, desenvolvido em um Centro Obstétrico de Campinas-SP, também relatou-se que essa experiência foi positiva, apesar da expectativa inicial negativa. Para os profissionais, a prática poderia gerar problemas relacionados ao atendimento da mulher, mas observaram que não houve diferença na forma como a assistência era prestada, gerando sentimentos positivos e emoção na equipe de saúde, que assumiu uma postura mais humana e menos rotineira. Também proporcionou maior abrangência do cuidado, pois ampliou a observação à mulher e a comunicação das suas necessidades, identificando maior satisfação, segurança e tranquilidade da parturiente.[22]

Contudo, ainda existe no cenário da obstetrícia atual brasileira uma contradição entre o que a ciência e a legislação recomendam e o modo como às práticas estão organizadas. Percebe-se que as evidências científicas, as recomendações internacionais e as leis regulamentadas pelo governo ainda não foram suficientes para garantir às mulheres o direito ao acompanhante no parto.

Com o objetivo de identificar como está a aceitação da presença do acompanhante no trabalho de parto em São Paulo (SP), as pesquisadoras realizaram um levantamento via internet das maternidades públicas municipais e particulares do município. Oito maternidades de cada convênio foram escolhidas de modo aleatório e, informalmente, foram consultadas com relação ao consentimento da participação do acompanhante via telefone. Os resultados obtidos demonstraram que ainda existem restrições com relação à conduta em muitas maternidades. Entre as instituições particulares, sete mencionaram que a permitem, mediante pagamento de uma taxa estipulada pela instituição, e apenas uma não aceitava. Todas as oito maternidades públicas pesquisadas responderam que consentem a inserção de um acompanhante, mas cinco relataram restrições à prática, permitindo-a somente nos casos de gestantes menores de 18 anos (duas) – direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); após análise da equipe ou do hospital (duas); ou se as condições maternas permitirem (uma).

Apesar dos benefícios e das experiências positivas apontadas na literatura, constatou-se que poucas maternidades em São Paulo implementaram essa

prática. Acredita-se que uma análise das dificuldades apontadas pelas instituições de saúde para incorporar a presença do acompanhante na rotina hospitalar pode ser importante. Um estudo etnográfico realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro revelou que a falta de privacidade nos leitos, a carência de informação com relação ao direito do acompanhamento, o despreparo da equipe de saúde para lidar com eles, a concepção de que o homem não aguentaria assistir ao parto e a desvalorização da participação masculina na saúde reprodutiva e pediátrica são fatores que dificultam a incorporação da presença do companheiro no cenário do nascimento.[23]

Em outro estudo qualitativo desenvolvido em uma maternidade, cuja presença do acompanhante é uma norma institucional estimulada pela equipe, identificou-se a insatisfação do acompanhante com relação à sua participação no processo de parturição, considerada limitada em razão do atendimento obstétrico, centrado no profissional de saúde, que coloca a mulher e seu acompanhante em segundo plano.[24] Tal achado caracteriza a relação de desigualdade entre esses elementos, representando mais uma dificuldade para aceitação da sua participação.

É notório que a entrada do acompanhante escolhido pela mulher, independentemente do gênero, no cenário do nascimento, compreende uma mudança de concepção das instituições e dos profissionais de saúde. Desse modo, urge a sensibilização das equipes obstétricas com relação aos benefícios da conduta e o respeito à individualidade feminina.

Uma reflexão dos profissionais de saúde sobre a importância da mudança na prática obstétrica habitual, considerando a necessidade da inserção e do respeito ao acompanhante no cenário do nascimento, é primordial para garantir maior segurança e satisfação dos pais no nascimento do novo membro da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de mudança do paradigma assistencial obstétrico está na dependência das políticas de saúde do País, da legislação, do contexto sociocultural e, principalmente, das instituições de saúde e dos profissionais responsáveis pelo atendimento, que, em conjunto, devem garantir à mulher uma experiência da maternidade mais satisfatória e a qualidade na sua assistência.

Para alcançar a humanização na assistência ao parto, são primordiais o reconhecimento da evidência científica e a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, como também das instituições prestadoras de assistência ao parto. A implementação de novas estratégias para a integração do acompanhante no cenário do nascimento é uma medida essencial, em razão dos benefícios relacionados à conduta, evidenciados pelos estudos.

Sugere-se que grupos educativos envolvendo as mulheres e seus acompanhantes sejam efetivamente desenvolvidos durante a gestação, em instituições privadas e públicas, para transmitir informações relacionadas à fisiologia do trabalho de parto e suas possíveis intervenções, preparando-os para o evento. É importante, também, que sejam informados sobre as vantagens do apoio emocional no momento do nascimento e sobre o direito da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para acolher e respeitar a parturiente e o seu acompanhante em qualquer momento da gestação. Por isso, reflexões sobre os benefícios das medidas de conforto físico e do apoio emocional durante o trabalho de parto são importantes para garantir a humanização da assistência ao parto. Somente quando houver o respeito à singularidade de cada mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a maternidade será encarada como um momento único e sublime.

REFERÊNCIAS

1. Osava RH. Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública / USP; 1997.

2. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

3. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

4. Diniz CSG. Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública / USP; 2001.

5. Diniz CSG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora Unesp; 2004.

6. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1316-27.

7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.

8. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum Professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health. 1989; 12:289-97.

9. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005.

10. Hofmeyer GJ, Nikodem VC, Wolman W, Chalmers B, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. Br J Obstetr Gynaecol. 1991 Aug; 98:756-64.

11. Wolman W, Chalmers B, Hofmeyer GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. Am J Obstetr Gynecol. 1993 May; 168:1388-93.

12. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labour support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1996; 4:739-44.

13. Langer A, Campero L, Garcia C. Effects of a psychosocial support during labor and childbirth on breastfeeding, medical interventions and mothers'wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical Trial. Br J Obstetr Gynecol 1998 Oct; 105:1056-63.

14. Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. J Midwifery Women's Health. 2004; 49(1):24-31.

15. Hodnett ED; Gates S; Hofmeyer GJ; Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

16. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

18. Lei n. 11.108. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 8 abr 2005.

19. Bastos MH, Diniz SG, Riesco ML, Oliveira SJ. Promoting evidence-based maternity care in middle-income countries: challenges and opportunities. Midwifery 2007; 23:111-2.

20. Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev Latinoam Enferm. 2001; 9:90-4.

21. Stort JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto: expectativas e vivências do casal [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

22. Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1):44-52.

23. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2):389-98.

24. Nakano ANS, Silva LA, Beleza CS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):131-7.

Data de submissão: 22/6/2009

Data de aprovação: 2/5/2011

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)**: nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;
– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
– conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/reme)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. **Authors**: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. **Indication of paper category**: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** and key-words; **Resumen** e palavras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:
• Introduction;
• Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
• Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.>

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspon¬dence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that recived financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement

and also a statement informing that there are no persnonal, comercial, academic, political or financial

interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:
ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104
E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consul¬tores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especilistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; **Autor**(es): nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; **Indicación de la categoría del artículo**: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; **Resumen** y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;
• desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comen¬tarios);
• conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm
En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Ins¬tituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte
CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876
Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / *Name / Nombre* **ou Instituição assinante:** _____

Endereço / *Adress / Dirección:* _____

_____

Cidade / *City / Ciudad:* _____ País / *Country / Pais:* _____

UF / *State / Provincia:* _____ **CEP** / *Zip Code / Código Postal:* _____

Tel. / *Phone / Tel.:* _____ **fax:** _____ **Celular** / *Cell Phone / Cellular:* _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / *Occupation / Profesión:* _____

Data / *Date / Fecha:* _____/_____/_____

Assinatura / *Signature / Firma:* _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)
Send your subscription to:
Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / *Branch Number / Sucursal Número: 1615-2*

Conta / *Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1*

Código identificador/ *Identification code/ Clave de identificación: 4828011*

Valores Anuais:
Individual: R$100,00 ( ) US$80,00 ( )
Institucional: R$150,00 ( ) US$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REME – Revista Mineira de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876
Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php